

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 1124.

LE SUICIDE

DANS L'HÉRÉDITÉ MENTALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 29 novembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Albert TIBERI

Né à Nice (Alpes-Maritimes), le 7 mai 1873.

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.



LYON
IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1895

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 1124.

LE SUICIDE

DANS L'HÉRÉDITÉ MENTALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 29 novembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Albert TIBERI

Né à Nice (Alpes-Maritimes), le 7 mai 1873.

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Maronniers.

—
1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maur.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène	BARD.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, *agrégé.*
Accouchements POLLOSSON (Aug.) —
Botanique BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. DEVIC.	MM. ROCHET.
BEAUVISAGE.	DIDELOT.	ROLLET
BOYER.	DOYON.	ROQUE.
COLLET.	DURAND.	ROUX.
CONDAMIN.	GANGOLPHE.	SIRAUD.
COURMONT.	MOREAU.	VALLAS.
CURTILLET.	POLLOSSON (Aug.).	

M. ÉTIEVANT, *Secrétaire*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PIERRET, *Président*; M. WEILL, *Assesseur*; MM. DEVIC et ROCHET, *Agrégés.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

M. le Professeur PIERRET.

A MES MAÎTRES.

INTRODUCTION.

La progression continue du suicide dans ces dernières années nous paraît donner à ce travail, à défaut d'autre mérite, un certain intérêt d'actualité. De tout temps la folie, les passions, les chagrins et les remords, la crainte de la misère ou du déshonneur ont été les causes immédiates du suicide. A notre époque, l'affaiblissement des idées religieuses et le scepticisme, en rendant légitime la mort volontaire, ont augmenté l'influence de ces causes banales.

On a souvent commis cette erreur, de considérer le suicide comme une preuve certaine de folie. Etaient-ils insensés, le stoïcien qui, obéissant à ses idées philosophiques, quittait la vie pour éviter la douleur ; le vieux Romain qui préférait la mort à la tyrannie ? Est-il insensé l'homme de tous les temps et de tous les pays qui se tue pour échapper à la misère ou au déshonneur ? « Il est des époques, dit M. S. de Sacy,

où mourir avec facilité est une noble science; et, si le christianisme, à un point de vue plus élevé encore, condamne absolument le suicide, il faut reconnaître qu'après le courage de garder la vie pour obéir à Dieu, il n'y en a pas de plus grand que celui de la quitter volontairement pour ne pas se souiller d'une bassesse.»

Nous croyons, pour notre part, que le suicide peut parfaitement exister en dehors de la folie. Il reconnaît alors des causes morales ou sociales qui sont de la compétence des philosophes et des sociologues et qui, par conséquent, sortent de notre sujet.

Nous nous bornerons à l'étude purement clinique de la folie-suicide, et particulièrement de son évolution dans l'hérédité. Nous laisserons de côté les cas douteux, où l'influence des passions — ces premiers échelons de la folie, comme on les a appelées — semble diminuer la personnalité et amener une déséquilibration des facultés: mais qu'on ne pourrait faire entrer sans conteste dans le cadre de l'aliénation mentale.

Un fait bien connu domine l'histoire du suicide: c'est l'hérédité. Ce caractère est si frappant qu'il a passé du domaine scientifique dans celui de l'observation courante. Mais cette hérédité pèse-t-elle comme une fatalité inéluctable? Par une étude précise des faits, nous chercherons son rôle et son importance; nous la suivrons à travers ses multiples transformations, et nous verrons s'il ne faut pas, dans beaucoup de cas, garder un espoir que semblerait rendre illusoire au premier abord une vue d'ensemble.

Voici le plan que nous suivrons:

1^{er} CHAPITRE. — Considérations générales.

L'hérédité en général et l'hérédité morbide.

L'hérédité psychique et psycho-pathique.

L'hérédité similaire du suicide.

2^e CHAPITRE. — L'hérédité dissemblable; les dégénérés.

L'hérédité dissemblable.

Les dégénérés héréditaires de Magnan.

Critique.

3^e CHAPITRE. — Le suicide chez les dégénérés et les épileptiques.

Les diverses significations du suicide chez les aliénés.

Le suicide chez les idiots.

Le suicide chez les dégénérés supérieurs.

L'impulsion morbide.

Rapports de l'épilepsie avec la folie impulsive.

Le suicide chez les épileptiques.

Causes occasionnelles et circonstances du suicide impulsif.

4^e CHAPITRE. — Le suicide dans les autres folies.

Dans les névroses convulsives.

Dans les folies vésaniques.

Dans les folies infectieuses et toxiques.

Dans les démences organiques.

5^e CHAPITRE. — Les conséquences.

Importance du diagnostic.

Pronostic.

Traitement.

Considérations sociales et philosophiques.

Considérations médico-légales.

La question du mariage.

.

Mais auparavant, nous voulons, sinon acquitter, du moins affirmer nos dettes de reconnaissance.

M. le professeur Pierret ne nous a pas seulement donné le sujet de cette étude : il nous en a fourni les éléments: c'est sa pensée qui inspire ces quelques pages; puisse-t-elle ne pas avoir été dénaturée par une plume inhabile! — Nous garderons un souvenir ineffaçable de l'éloquence de ses leçons magistrales, et surtout du charme de ses causeries intimes à la clinique de Bron, où il nous a réservé le plus bienveillant accueil, aux heures trop courtes que nous pouvions y passer. — Il nous fait enfin le grand honneur d'accepter la présidence de notre Thèse.

M. le professeur agrégé Rochet nous a toujours reçu en ami depuis le commencement de nos études médicales, et ne nous a jamais ménagé son appui. Nous ne saurions lui exprimer assez chaleureusement notre reconnaissance et notre dévouement.

M. le médecin-major de 1^{re} classe Martino nous a témoigné le plus grand intérêt pendant nos quatre années de séjour à Lyon. Nous l'assurons de notre plus vive gratitude et de notre respectueux attachement.

Nous remercions nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, nos chefs de l'École du Service de Santé Militaire de leur enseignement et de leur bienveillance.

Merci à nos camarades civils ou militaires, surtout à nos camarades de promotion, dont la sympathie ne nous a jamais fait défaut. Parmi ces derniers, merci tout particulièrement à notre excellent ami le docteur Charles Jourdin, dont l'affection nous a été d'un grand prix pendant ces trois dernières années.

CHAPITRE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

L'HÉRÉDITÉ EN GÉNÉRAL ET L'HÉRÉDITÉ MORBIDE. —
L'HÉRÉDITÉ PSYCHIQUE ET PSYCHO-PATHIQUE. — LE
SUICIDE HÉRÉDITAIRE.

« L'hérédité, dit Ribot, est la loi biologique en vertu de laquelle tous les êtres doués de vie tendent à se répéter dans leurs descendants ; elle est pour l'espèce ce que l'identité personnelle est pour l'individu. » Cette notion est basée sur des faits trop nombreux, trop probants, pour ne pas être universellement acceptée. Il est un point cependant sur lequel l'accord n'est pas entièrement fait : les modifications acquises par les ascendants se transmettent-elles et se fixent-elles chez les descendants ? ou ne se transmet-il que des prédispositions amenant des réactions variables suivant les individus ? Ceci est l'avis de Weissmann, tandis que, pour les évolutionnistes, Darwin et La-

marck en tête, tout ce que la nature fait acquérir ou perdre aux individus est conservé par l'hérédité. Assurément, les modifications purement accidentelles, en lutte, par leur nature même, avec leur milieu, ne se transmettent pas, ou se transmettent momentanément avec tendance au retour vers l'état normal. Mais il ne saurait en être de même de celles qui, résultant d'actions ambiantes lentes et progressives, affectent l'organisme vivant dans son intimité, par la nutrition et par l'éducation. Enlevez cette transmission des caractères acquis par l'individu sous l'influence du monde extérieur, et l'hérédité ne sera qu'une conservation monotone des types fixés.

L'hérédité morbide vient à l'appui de la doctrine évolutionniste : il est d'observation courante que les tendances malades des parents se reproduisent chez les enfants, particulièrement celles qui semblent relever de la structure intime des tissus, et qu'aujourd'hui encore on appelle les diathèses. L'arthritisme (goutte, rhumatisme, etc.), le cancer sont nettement héréditaires. Il en est sans doute de même de certaines maladies infectieuses chroniques, comme la tuberculose. Si cette hérédité ne dépasse pas un nombre limité de générations, cela tient, soit à ce qu'elle aboutit rapidement à la dégénérescence et à la stérilité, soit à ce qu'elle s'efface progressivement par l'influence différente des deux auteurs qui participent à la génération. Inversement, la consanguinité agit comme forme idéale de l'hérédité. Des prédispositions morbides qui existent à la fois chez le père et la mère s'accumuleront presque fatalement chez l'enfant.

Les sentiments, les passions, les facultés intellectuelles ayant des rapports étroits avec l'état des centres nerveux, leur transmission s'explique tout naturellement, que l'on fasse du système nerveux l'instrument de la pensée, ou que l'on considère celle-ci comme une simple fonction cérébrale. Cette hérédité psychique est très connue : tout le monde a présents à l'esprit ces exemples frappants de familles illustres : familles d'artistes, de savants, d'hommes d'Etat, etc.

L'hérédité de la folie, surtout de la folie impulsive, est une notion banale ; mais l'hérédité vésanique pure, homologue, n'est qu'un côté de la question. L'ensemble des maladies nerveuses, y compris les maladies mentales, forment une unité dont les différentes espèces semblent se reproduire à l'aveugle dans les diverses générations. (La famille névropathique — Féré, Déjerine.)

Déjerine considère la neurasthénie comme une sorte de pivot des maladies nerveuses, un point de départ qui, dans certains cas, pourrait créer l'hérédité. Pour Féré, la neurasthénie créerait l'opportunité morbide du système nerveux. Il serait peut-être bon, avant de se ranger à une pareille théorie, de s'entendre sur ce que l'on veut bien appeler de ce nom. La neurasthénie, en tant qu'entité morbide, est loin d'être admise sans discussion, et son domaine semble plutôt se démembrer tous les jours. Nous aurons, dans la suite, l'occasion de revenir sur ce point.

Nous ignorons les causes précises qui provoquent de préférence l'apparition de telle ou telle forme. Peut-être pourrait-on invoquer l'état momentané de l'ascendant au moment de la génération, ou du descendant

au moment où se produit la cause occasionnelle : la nature de cette cause occasionnelle pourrait avoir aussi une certaine influence. Quoi qu'il en soit, il est certain que les névropathies se transmettent le plus souvent en se transformant, que la prédisposition héréditaire à la folie peut provenir de n'importe quelle maladie nerveuse, peut-être même de certaines névralgies violentes et inexplicées. — Maudsley a cependant prétendu que les maladies qui ne sont pas constituées par une lésion primitive des éléments nerveux (comme les apoplexies) ne transmettent pas la folie. Il est cependant indéniable que l'intégrité des artères cérébrales est pour beaucoup dans le fonctionnement mental.

L'alternance très fréquente de l'épilepsie avec certaines formes obsédantes ou impulsives, chez le même individu ou à travers l'hérédité, s'explique parfaitement, en concevant ces formes de folie comme des affections convulsives de l'esprit. Il serait tout simple d'admettre une transformation par équivalence du mouvement convulsif de la névrose épileptique dans l'idée convulsive de la névrose vésanique, et réciproquement ; ainsi s'expliquerait l'impulsion ou l'idée obsédante, la volonté pouvant être aussi impuissante à réfréner l'idée que le mouvement.

En somme, comme le dit Déjerine, l'hérédité des psychoses, directe ou indirecte, similaire ou dissimilable, est à la base de toute affection mentale, à condition, bien entendu, de tenir compte de toutes les maladies nerveuses, des passions excessives vraiment morbides, des caractères bizarres et déséquilibrés,

peut-être même du vice, du crime et du génie. A. Voisin cite un peintre de talent, fils d'un hystérique, frère de deux idiots et d'un aliéné. — On a dit que le génie était une déséquilibration mentale, qui affaiblissait un grand nombre de qualités morales ou intellectuelles, au profit d'une seule, poussée à ses extrêmes limites. On a cité des esprits faibles, souvent vicieux, qui pouvaient cependant être considérés comme des génies partiels. Sans vouloir discuter à fond cette théorie, nous dirons cependant qu'elle paraît contenir une grande part de vérité : l'inspiration du génie n'est-elle pas une idée obsédante plutôt qu'une décision mûrie par le raisonnement ? L'acte génial ne ressemble-t-il pas souvent à une impulsion ? — Quant aux rapports du vice et du crime avec la folie, nous les retrouverons à propos de la folie morale.

On a remarqué aussi les relations héréditaires fréquentes entre les névropathies et les affections scrofuleuses et arthritiques. Le neuro-arthritisme se constitue chaque jour avec plus de solidité, à l'abri de faits nouveaux, recueillis par l'observation clinique. On ne serait pas éloigné par exemple de faire du diabète une névrose dans le sens le plus large de ce mot, en considérant l'influence du système nerveux sur sa production. Le suicide hypochondriaque des goutteux, victimes d'une hérédité chimique, est une preuve de l'influence inverse des auto-intoxications sur le fonctionnement mental.

Mais cette hérédité est-elle, comme on l'a dit, fatalement progressive ? Dans sa *Psychologie Pathologique*, Richet établit, par une simple progression géométrique,

le nombre approximatif d'ancêtres qu'un Français actuel doit avoir parmi les Français de l'an 1000. Cette ascendance est si considérable eu égard surtout à la progression décroissante de la population à mesure qu'on remonte les siècles, qu'on doit y trouver un grand nombre de tares nerveuses héréditaires. Si l'hérédité névropathique était fatalement progressive, il y aurait de longues années que la race française tout entière serait tombée dans l'idiotie, et par conséquent n'existerait plus, puisque la stérilité arrête la reproduction des êtres réellement dégénérés. — La vérité, c'est qu'il y a, à côté de la sélection dégénérative, une sélection régénérative, dont l'existence donne des indications prophylactiques intéressantes (voir cinquième chapitre). Enfin, il est logique d'admettre que des conditions accidentelles peuvent, dans certains cas, supprimer la transmission des tares nerveuses, ou en modifier le sens.

Inversement l'hérédité ne saurait être considérée comme la cause unique de la folie, ni même comme une cause constante : il faut un commencement, pour que la transmission soit possible. En tout cas, l'hérédité ne saurait exclure les causes occasionnelles, soit physiques (traumatisme), soit physiologiques (puberté, grossesse, ménopause), soit pathologiques (infections, intoxications), soit morales (chagrins, déceptions, etc.) et certaines causes complexes, comme le surmenage. Dans la manie et la mélancolie par exemple, l'influence prépondérante des causes extrinsèques diminue assurément l'influence de l'hérédité ; mais un accès créera

un antécédent personnel, une disposition fâcheuse pour la descendance.

Il est donc établi que l'hérédité névropathique peut se manifester sous deux formes : en reproduisant chez le descendant les troubles nerveux de l'ascendant : c'est l'hérédité homologue ou similaire; — en produisant des troubles différents : hérédité dissemblable ou de transformation. Dans la plupart des cas, c'est cette dernière qui est la plus fréquente. Le suicide semble au contraire, de prime abord, obéir surtout à la première; bien plus l'homochronie semble y être de règle. Voltaire déjà s'étonnait de voir plusieurs membres d'une même famille se donner successivement la mort, souvent au même âge, parfois par le même procédé. — Esquirol, Baillarger, Morel, Falret, Moreau, Piorry, Brierre de Boismont citent des familles entières sur lesquelles semble peser une véritable fatalité.

Obs. I. Un orfèvre, guéri d'un premier accès d'aliénation mentale,
(Piorry.) — causé par la révolution de 1789, s'empoisonne. Plus tard, la
filie aînée est prise d'une attaque de manie, qui aboutit à la
démence. Un de ses frères se donne un coup de couteau dans
l'estomac. Un deuxième frère s'abandonne à l'ivresse et
finit par périr dans la rue. Un troisième refuse toute nourri-
ture par suite de chagrins domestiques, et meurt d'anémie.
Une sœur perversie et bizarre se marie; elle a un fils qui
meurt aliéné et épileptique et une fille; celle-ci perd la raison
durant une couche, devient hypochondriaque et veut se lais-
ser mourir defaim. Deux des enfants de cette dernière meu-
rent d'une fièvre cérébrale, et un troisième sans avoir voulu
prendre le sein.

Obs. II. Un homme de 35 ans se donne un coup de rasoir dans un
(Hammond.) bain, et meurt. Deux de ses fils se suicident de la même façon

et au même âge; une de ses filles, de la même façon, à 34 ans; un troisième fils de même, mais à 31 ans, après deux tentatives antérieures.

Obs. III.

(Falret.)

Un homme taciturne a cinq garçons et une fille. L'aîné se jette par la fenêtre à 40 ans, sans motif. Le second, à la suite de chagrins, s'étrangle à 35 ans. Le troisième se jette d'une fenêtre en voulant s'envoler. Le quatrième se tire un coup de pistolet. Un cousin s'est noyé pour une cause futile.

Obs. IV.

(Cazauvieilh)

Un homme, fils et neveu de suicidés, se marie avec une femme, fille et nièce de suicidés. Il se pend. Sa femme se remarie avec un homme, fils, neveu et cousin germain de suicidés.

Obs. V.

(Maccabruni.)

Un père et ses deux fils se suicident avec le même pistolet. La fille s'empoisonne par le phosphore. Un troisième fils a des impulsions au suicide, auxquelles il résiste. Le petit-fils se tue encore avec le même pistolet qu'on avait négligé de faire disparaître.

Obs. VI.

(Maudsley.)

Un homme intelligent et énergique, dont la mère et le frère s'étaient suicidés, se plaignait depuis quelque temps d'abattement et d'insomnie, bien que l'intelligence fût très nette. L'idée de suicide se présente à lui d'une façon impérieuse. Il la rejette d'abord par religion; mais un beau jour il se jette dans la Tamise.

Il est intéressant de remarquer que c'est justement lorsque la cause immédiate du suicide est nulle ou insignifiante que l'influence héréditaire est plus considérable (folies impulsives).

Obs. VII.

(Brierre
de Boismont)

Un dégustateur se jette à l'eau. On le retire. Il donne comme motif qu'il s'était trompé sur la qualité d'un vin et qu'il serait perdu de réputation aux yeux de ses confrères. Il réussit à se suicider peu de temps après. On apprend que son père et un de ses frères s'étaient tués au même âge que lui.

De même que l'imitation et la suggestion par la lecture des faits divers sont souvent une cause détermi-

nante, la crainte même de cette hérédité spéciale peut être le point de départ de l'impulsion.

Obs. VIII.
(Maudsley)

Une femme de 31 ans, dont deux grands-oncles s'étaient suicidés, avait peur d'être victime d'une fatalité analogue. Elle avait l'angoisse de la vie future, une grande impressionnabilité en entendant parler d'un meurtre ou d'un suicide. L'idée de suicide se présente enfin à elle, sans qu'elle ait ni envie, ni motif de mourir. L'enfer, qu'elle craint, l'attire cependant; il faut qu'elle se délivre de son corps pour aller vers lui. Amélioration; d'abord l'idée persiste, mais sans désir d'accomplissement, puis elle disparaît complètement.

Obs. IX.
(Falret.)

Un neveu de suicidé, dont le père prétendu s'était suicidé, tombe dans la mélancolie et fait une tentative de suicide. La guérison arrive dès qu'on le met en présence de son véritable père.

Il nous paraît inutile de multiplier ces exemples. Nous ne pensons pas d'ailleurs que le suicide héréditaire soit plus constant que toute autre folie héréditaire, quoiqu'il soit infiniment plus connu. Sans doute son caractère particulièrement dramatique, et peut-être aussi l'importance de l'instinct de la conservation, dont la perte étonne toujours les gens sains d'esprit, sont-ils les causes qui ont spécialement attiré l'attention sur lui. Il est plus frappant, mais non plus fréquent, dans l'hérédité et dans la psychopathie en général.

Il n'y a pas, à proprement parler, de folie-suicide. Le suicide est une monomanie comme une autre. Or, on sait que les vieilles monomanies d'Esquirol, ne sont plus considérées aujourd'hui comme des folies partielles, et la meilleure preuve en est qu'elles

peuvent se succéder et même s'associer chez le même sujet. Tantôt elles ne sont que la manifestation d'un délire, tantôt ce sont des impulsions. Dans ce dernier cas, on a voulu en faire, sous le nom de *syndromes épisodiques*, une des caractéristiques d'une folie spéciale, éminemment héréditaire, que nous aurons à examiner dans le chapitre suivant.

CHAPITRE DEUXIÈME.

L'HÉRÉDITÉ DISSEMBLABLE. — LES DÉGÉNÉRÉS.

L'HÉRÉDITÉ DISSEMBLABLE DU SUICIDE. — LES DÉGÉNÉRÉS HÉRÉDITAIRES DE MAGNAN. — CRITIQUE.

L'hérédité dissemblable nous paraît pour le suicide lui-même, la forme la plus fréquente. Il alterne non-seulement avec d'autres monomanies (kleptomanie, dipsomanie, délire homicide, etc.) mais encore avec toutes sortes de vésanies ou de névroses, parfois même avec de simples états névropathiques mal définis.

Obs. X.
(Taty.)

R... Alphonse, 32 ans, entre à l'asile de Bron en 1878.

Antécédents héréditaires. — Du côté maternel, nervosisme. Du côté paternel, plusieurs collatéraux aliénés, dont un suicidé. Un frère aîné, excentrique, débauché, s'est suicidé. Une sœur cadette, hallucinée, a eu des idées d'empoisonnement.

Dans sa jeunesse, excès, actes immoraux, puis idées de persécution (empoisonnement). En 1878, il tue son beau-père, puis semble avoir tenté de se tuer.

Obs. XI.
(Legrain.)

X..., débile, sourd-muet, ayant de mauvais instincts.

Du côté paternel, un grand-père alcoolique, avec agitation maniaque, une grand'mère et un oncle névropathes, un père

déséquilibré, violent, ayant des crises avec perte de connaissance. Deux cousins hystériques et un épileptique. — Du côté maternel, un grand-père alcoolique (s'est jeté à l'eau), une grand'mère violente, hystérique, morte avec hémiplegie gauche, une mère mélancolique, une tante débile, une autre qui s'empoisonne, un oncle débile, deux autres morts d'alcoolisme, une cousine bizarre qui se jette à l'eau. Enfin, X... a eu une sœur morte de convulsions.

OBS. XII.
(Faure),
citée par Ball.

B... est un homme énergique, vigoureux et intelligent. Son père, à la suite de grandes émotions (révolte de Saint-Domingue), est devenu sombre, silencieux, puis tombé dans la démence. Un frère épileptique, mort jeune en état de manie, après de violents accès. Une nièce, fille de ce dernier, malgré une éducation soignée par la grand'mère, avait des penchants vicieux et s'est livrée à la prostitution. Il y a eu plusieurs suicidés dans la famille. — B... malgré ses qualités, a été, dès le jeune âge, extrême en tout ; très susceptible, ayant du goût pour les armes. Il dessinait avec art des scènes de massacre ; on le voyait à la morgue, à la Cour d'assises, aux exécutions capitales, dans les émeutes, toujours à la recherche d'aventures, de duels. Il apprend un jour que sa maîtresse le trompe, lui tire deux coups de pistolet dans le dos, est condamné à dix ans de travaux forcés, puis revient à Paris. Il montre une affection profonde pour sa mère, pour sa maîtresse, une droiture parfaite dans les rapports sociaux. Il se bat en 1848, puis au Coup d'Etat, mais sans idées politiques, pour satisfaire ses penchants. Il se fait homme d'escorte en Calédonie pour pouvoir tuer. Obligé de rentrer précipitamment en France, il meurt d'une affection cérébrale.

On peut même voir intervenir des maladies à lésions définies, comme la paralysie générale. Déjerine cite un fils d'épileptique, neveu de suicidé, ayant des collatéraux maniaques, et étant lui-même paralytique général. Il faut, dans ces cas-là, tenir grand compte

des causes déterminantes, l'hérédité ne créant alors qu'une prédisposition.

Il y a un rapprochement intéressant à faire entre ces transformations à travers l'hérédité, et celles qui se produisent chez un même individu. Chez les impulsifs, on peut trouver, en même temps que le suicide, d'autres impulsions, ou des idées délirantes. La coexistence la plus frappante est celle du suicide et de l'homicide. Les deux impulsions peuvent être absolument distinctes, apparaître successivement sans rapport apparent. Ou bien l'homicide n'est qu'un moyen détourné de suicide.

Obs. XIII.
(Maudsley.)

En 1863, on juge un jeune homme de 18 ans, nommé Burton. Sa mère était hypochondriaque, et avait fait une tentative de suicide. Il avait un frère niais et bizarre. Lui-même caractère étrange, le regard perdu. Un jour, il sent le besoin de tuer quelqu'un, fait aiguiser un couteau, suit le premier venu, un petit garçon, le terrasse, le frappe et l'étrangle. Puis il se lave les mains et se rend à son travail. On l'arrête ; il déclare que s'il a commis ce crime, c'est qu'il avait envie d'être pendu.

Une idée de fausse religion peut motiver ce suicide détourné : Falret cite une jeune détenue d'une maison de correction, qui tue une de ses compagnes favorites, à qui elle a communiqué son désir de la mort, mais qui ne se suicide pas avec elle, malgré sa promesse, espérant le secours de la religion avant que la loi ne la condamne.

Dans une autre série de faits, le monomaniacque, avant de se suicider, enlève la vie à des êtres qui lui sont chers, pour leur éviter des misères réelles ou

imaginaires. — Enfin, le suicide ou la tentative peuvent être soit la conséquence du désespoir profond et du remords qui ont suivi une impulsion homicide satisfaite, soit un acte de fuite devant une impulsion criminelle qui devient irrésistible.

OBS. XIV.
(Séglas.)

Femme de 38 ans. Père, ayant présenté des signes de mélancolie pendant deux ans, et ayant des troubles intellectuels dans son ascendance. Mère nerveuse. Elle-même a eu des convulsions pendant l'enfance. Caractère violent. Intelligence au-dessus de la moyenne. Accès mélancoliques, avec impulsions au suicide. Elle fait trois tentatives. Amélioration pendant dix ans. Puis impulsion à tuer son enfant pour lui éviter des misères. Elle se fait horreur à elle-même. Terrifiée par des visions qui lui ordonnent de tuer sa fille, elle fait deux nouvelles tentatives de suicide.

Dès maintenant, nous pouvons voir que ces phénomènes se rattachent presque tous à une folie impulsive, dans laquelle pourraient rentrer en grande partie toutes les vieilles monomanies. C'est ce qui a conduit Morel et Magnan à créer une classe spéciale de malades, chez lesquels les obsessions et les impulsions sont presque de règle, où l'on rencontre presque constamment des caractères physiques particuliers, où la recherche de la tare héréditaire (dissemblable le plus souvent) est rarement infructueuse. Magnan les a appelés les *dégénérés héréditaires*.

Les *monomanies* de Pinel et d'Esquirol, la *folie lucide* de Trélat, avaient été les premières étapes dans cette voie. Jousset, le premier, insista sur les caractères d'irrésistibilité et de conscience. Morel décrivit le *délire émotif* et l'*aliénation sans délire*, Dagonet la *folie impulsive*, Falret attira l'attention sur le caractère

héréditaire; Legrand du Saulle le montra très net dans la *folie raisonnante*, et Maudsley dans la *folie morale*. Nous citerons enfin les travaux de Magnan (1882), le mémoire de Saury (1883), le mémoire de Brun et Taty (1883) et la thèse de Taty (1885) sur les aliénés héréditaires, la thèse de Legrain (1886) sur le délire chez les dégénérés, le livre de Magnan et Legrain sur les dégénérés (1895).

Voici maintenant, d'après les auteurs mêmes de la théorie, la symptomatologie du dégénéré.

Pour Magnan, les dégénérés sont des prédisposés maximum avec stigmates de dégénérescence. Leur fond mental permet de les classer de la façon suivante :

1° Les *idiots*. — Il y a chez eux un arrêt de développement par le fait de lésions grossières.

2° Les *imbéciles* et les *débiles*. — Leur intelligence, leurs instincts, leur sens moral sont inférieurs. Les imbeciles sont généralement égoïstes, vaniteux, poltrons, portés aux excès alcooliques et génésiques.

3° Les *dégénérés supérieurs*. — Chez eux, il y a plutôt développement inégal qu'insuffisant des facultés. Ils ont parfois une grande activité cérébrale, des aptitudes remarquables aux arts; ils peuvent atteindre au génie, mais présentent toujours des lacunes : manque de jugement ou de sens moral. Ce sont des gens dont on dit familièrement : il n'a pas tout. Souvent ce sont des enfants prodiges, mais à la puberté, sous l'influence des impulsions génésiques ou de toute autre cause, leur développement intellectuel s'arrête brusquement. — Les dégénérés supérieurs, dans certains cas,

peuvent rester, jusqu'à un âge avancé, exempts de troubles mentaux, mais ils finissent toujours à un moment donné, par verser dans la folie, à la moindre cause occasionnelle.

Sur ce fond mental, se greffent trois situations épisodiques qui peuvent alterner :

1° La simple *déséquilibration*, ou tempérament nerveux (Maudsley) ; c'est ce qu'on trouve chez les originaux, les excentriques (vaniteux, timides, ombrageux, etc.).

2° La *folie raisonnante* et la *folie morale*. — Ici les troubles du caractère sont déjà plus accentués :

A. *Manie raisonnante*. — Les fous raisonnants ont une sorte de suractivité intellectuelle et motrice ; ils ont besoin de parler et d'agir ; ils sont violents et inconscients de leur état maladif.

B. *Folie morale* ou *affective*. — Elle est caractérisée par une perversion des sentiments, des instincts et des actes. Les tares intellectuelles sont légères, les stigmates physiques fréquents. On les a appelés des émotifs, des déséquilibrés de la sensibilité, des inconscients du bien et du mal : tantôt généreux à l'excès, mais d'une générosité superficielle, bâtie sur l'égoïsme ; tantôt malfaisants et vicieux. Ce caractère peut déjà se trouver chez les enfants : ils sont alors menteurs, obscènes, méchants, déséquilibrés ; parfois, à l'occasion d'une simple réprimande, ils se suicident pour faire de la peine à leurs parents. Plus tard, au régiment, ils seront des déséquilibrés, des « fortes têtes », passeront au conseil de guerre, ou désertent.

Nous pensons qu'on a eu tort de confondre ces anesthésiques du sens moral, ces « daltonistes moraux », comme les appelle Féré, avec les impulsifs, qui sont des déséquilibrés de la volonté. Ceux-ci ont généralement conscience de leur état, et, luttent souvent avec angoisse contre leur impulsion ; tandis que les fous moraux sont plutôt portés, par vanité, à excuser leur conduite.

Ceci nous amène à parler des criminels-nés de Lombroso, qui nous paraissent, non pas former une classe à part, mais rentrer dans une de ces deux catégories. M. Lombroso avoue d'ailleurs, dans la préface de ses *Nouvelles Recherches de Psychiatrie et d'Anthropologie criminelle* (Turin 1892), que, devant la mauvaise volonté des anthropologistes à tirer partie de ses recherches, « il retourne à son point de départ et à la vraie source de ces études, qui n'est qu'une démonstration clinique, plus accomplie, de ce qu'on appelait, en vieille psychiatrie, la folie morale et l'épilepsie larvée ». Nous verrons, en effet, que l'épilepsie larvée et la folie impulsive sont, le plus souvent, impossibles à distinguer.

3° Les *persécutés persécuteurs* ou *persécuteurs raisonnants*. Egoïstes, orgueilleux et chicanes, aimant à se poser en victimes, ils sont beaucoup plus persécuteurs que persécutés, contrairement aux persécutés de Lasègue (délire hallucinatoire et évolution systématique). Plusieurs formes : les processifs, les politiques, les mystiques, les hypochondriaques, les familiaux, les érotiques, les jaloux.

Au point de vue de la volonté, on trouve chez tous ces malades des *stigmates psychiques* de dégénérescence : ce sont les *syndromes épisodiques* de Magnan, les *monomanies* d'Esquirol, certaines *paranoïa* des Allemands et des Italiens, les *neurasthénies* de Régis, les états d'*inhibition défectueuse* de Clouston, le *délire des actes* de Brierre de Boismont; la *folie impulsive* de Dagonet. Ce qui caractérise cet état syndromique, qu'il s'agisse d'obsessions, de phobies, d'impulsions ou d'aboulie, c'est en somme l'affaiblissement de la volonté. Ces diverses formes rentrent les unes dans les autres : ce sont des manifestations conscientes mais irrésistibles, s'accompagnant d'abord de lutte et d'angoisse, puis de soulagement quand l'obsession ou la crainte est vaincue, quand l'impulsion est satisfaite. En voici une énumération : folie du doute, agoraphobie, claustrophobie, hydrophobie, nécrophobie, tics convulsifs, dipsomanie, les diverses onomatomanies et arithmomanies, la kleptomanie, la pyromanie, les impulsions suicides ou homicides, les diverses aberrations sexuelles, les aboulies générales ou partielles, comme l'incapacité absolue au travail. Dans chacune de ces formes, on peut trouver tous les degrés, depuis l'idée obsédante jusqu'à l'acte impulsif.

A côté de ces stigmates psychiques, il faut placer les stigmates physiques de dégénérescence, qui, étant généralement d'autant plus accusés qu'on est plus bas dans l'échelle dégénérative, ont une importance symptomatique d'autant plus considérable, qu'ils sont moins grossiers. Nous énumérerons simplement : les diverses malformations du crâne, les anomalies du sys-

tème pileux (tourbillon des cheveux), l'asymétrie faciale, le prognathisme et l'implantation vicieuse des dents, le palais en ogive, le bec-de-lièvre, la surdité, le bégaiement et les autres vices de prononciation, diverses malformations des yeux (strabisme, coloboma, albinisme), ou des oreilles, surtout chez les dégénérés supérieurs (absence d'ourlet, tubercule de Darwin, adhérence du lobule); la gynécomastie, le spina-bifida, le sexdigitisme, le pied-bot, le vitiligo, l'ichthyose; les atrophies, hypertrophies ou malformations des organes génitaux; certaines anomalies viscérales; le masculisme, le féminisme, l'infantilisme, le nanisme (surtout chez les dégénérés inférieurs); les vices de développement des systèmes osseux et musculaire; la tuberculose, l'adipose, la cyanose; l'incontinence d'urine, les troubles menstruels, les palpitations.

Il nous reste à parler du délire chez les dégénérés. Les dégénérés sont tous des candidats à l'aliénation avec délire. Mais ce serait un délire spécial, paroxystique, un délire d'emblée, caractérisé par une apparition brusque et généralement précoce (puberté), et par un polymorphisme presque constant; sa durée est variable, coupée soit par des rémittences, soit par de longues intermittences; il a souvent la marche de la folie circulaire, avec bouffées délirantes. On peut rencontrer, soit l'excitation maniaque et la mégalomanie, soit une dépression mélancolique transitoire pouvant amener le suicide. Le pronostic est favorable, surtout chez les jeunes gens, tant qu'il n'y a pas systématisation. Mais il faut tenir compte de la fréquence des

rechutes. Le plus souvent, on constate une grande résistance à la démence.

Voilà donc une classe spéciale d'aliénés, basée sur une notion étiologique, l'hérédité, et sur deux notions symptomatiques, les stigmates physiques et les stigmates psychiques. Nous verrons, dans les chapitres suivants, combien ceux-ci sont souvent insuffisants à établir le diagnostic; mais nous discuterons immédiatement la valeur de l'hérédité et des stigmates physiques.

L'hérédité est un fait tellement banal dans les psychoses, qu'elle paraît difficilement capable de caractériser une folie spéciale. D'ailleurs, même dans sa plus large acception (états nerveux mal définis, arthritisme, etc.) elle est loin d'être constante chez les dégénérés. Bien plus héréditaires seraient par exemple toutes les folies à double forme, circulaires, périodiques, intermittentes, auxquelles nous serions tenté de rattacher les délires de même nature des dégénérés.— D'autre part, les causes physiologiques et morales, ainsi que les infections et les intoxications, ont souvent une influence si nette, que celle de l'hérédité est ramenée à une simple prédisposition : la kleptomanie des femmes enceintes en est un très bel exemple.

Les stigmates physiques perdent presque toute leur valeur — déjà Taty, en 1885, ne leur reconnaissait qu'une importance très relative — depuis les belles expériences faites par Geoffroy-Saint-Hilaire, et dans ces dernières années par Dareste et Chabry, Féré, Gley et Charrin. MM. Gley et Charrin ont nettement

démontré l'influence des maladies de la mère pendant la gestation sur le développement de l'enfant. MM. Darreste et Chabry, en créant des lésions artificielles sur des embryons de poulet, ont obtenu diverses monstruosités. Voici d'autre part les résultats de toute une série d'expériences de M. Féré sur les œufs de poule :

L'alcool éthylique et surtout les alcools supérieurs injectés dans l'œuf, ont une influence tératogène (cyclops, atrophie de la tête, spina-bifida, etc.). Cette influence, déjà marquée les trois ou quatre premiers jours de l'incubation, est plus grande avant l'incubation, mais surtout au bout de quatre jours d'incubation.

Les vapeurs mercurielles ou phosphorées ont une influence absolument analogue.

On produit des déformations ou des arrêts de développement de l'embryon, en introduisant dans l'albumine de l'œuf des toxines microbiennes (pyocyanique, diphtérique, tuberculeuse). Il n'y a aucune spécificité des troubles du développement.

Les divers toxiques agissent en raison de leur dose.

Sous l'influence des actions toxiques, il y a fréquemment, chez l'embryon de poulet, *coexistence des arrêts de développement du bec supérieur et des anomalies du crâne et de l'encéphale.*

Que conclure de ces expériences ?

1° Les dégénérés, anormaux psychiquement, le sont parfois physiquement. Mais il n'y a là aucun rapport obligatoire. Le développement de la face, du crâne, d'organes quelconques peut être défectueux sans que celui du cerveau le soit, et réciproquement. On a vu des anencéphales dont le reste du corps était parfaite-

ment conformé. La preuve en est, que les stigmates physiques ont été remarqués seulement deux fois plus souvent à l'asile qu'à l'hôpital (G. Ballet). — Nous ne nions pas cependant la possibilité d'une lésion simultanée du système nerveux et des organes voisins. Plus les organes lésés seront voisins du système nerveux, plus celui-ci aura de chances d'être atteint.

2° Il ne faut pas confondre hérédité et dégénérescence. D'abord l'hérédité névropathique, même en l'étendant au neuro-arthritisme, ne serait pas la seule à invoquer. Il faudrait encore tenir compte chez les ascendants, des maladies auto-toxiques, des intoxications chroniques, des maladies simplement infectieuses (syphilis; — nous ne voulons pas parler bien entendu de la syphilis héréditaire, mais de la déchéance physique et intellectuelle des descendants de syphilitiques), et même en dehors de toute tare pathologique, des conditions momentanées défavorables pendant le coït (accès d'ivresse).

3° Même si largement comprise, l'hérédité n'est pas le tout de la dégénérescence. Il faut admettre encore d'autres causes : les émotions, traumatismes ou maladies de la mère pendant la grossesse, les maladies fœtales et même les maladies infantiles (syphilis héréditaire, fièvre typhoïde pour la deuxième enfance), c'est-à-dire en somme tous les accidents qui peuvent causer des troubles de nutrition quelconques pendant toute la durée du développement.

Nous insistons sur cette idée : que les anomalies physiques des dégénérés n'ont souvent rien à voir avec l'atavisme, qu'elles peuvent s'expliquer par des troubles

de développement, dus à des états morbides de l'embryon ; que ce n'est même pas seulement pendant la conception et la gestation, mais dans toutes les périodes de développement, que l'influence d'une nutrition défectueuse peut se faire sentir. Bien plus, toutes les causes d'épuisement, à quelque âge que ce soit (nous en verrons des exemples) sont capables d'exagérer la susceptibilité du système nerveux et par conséquent de favoriser le développement des névropathies et des perversions instinctives. Il n'est même pas absolument nécessaire de supposer avec Maudsley une propension héréditaire qui reste latente jusqu'à épuisement de la tonicité nerveuse au profit de la force convulsive.

En résumé, l'atavisme seul, sans influence pathologique, n'explique rien. Lombroso n'a-t-il pas dû rattacher son criminel-né à l'épileptique ? Ce sont, le plus souvent, les intoxications venues du sujet lui-même ou du monde extérieur, qui modifient la formule chimique de la cellule cérébrale, et, par conséquent, son mode d'activité. S'il y a une hérédité nerveuse, c'est une hérédité dynamique et par conséquent bio-chimique (Pierret).

CHAPITRE TROISIÈME.

LE SUICIDE CHEZ LES DÉGÉNÉRÉS ET LES ÉPILEPTIQUES.

DIVERSES SIGNIFICATIONS DU SUICIDE CHEZ LES ALIÉNÉS.

— LE SUICIDE CHEZ LES IDIOTS. — LE SUICIDE CHEZ LES
DÉGÉNÉRÉS SUPÉRIEURS. — L'IMPULSION MORBIDE. —
RAPPORTS DE L'ÉPILEPSIE AVEC LA FOLIE IMPULSIVE. —
LE SUICIDE CHEZ LES ÉPILEPTIQUES. — CAUSES OCCA-
SIONNELLES ET CIRCONSTANCES DU SUICIDE IMPULSIF.

C'est par un examen vraiment clinique de tous les cas de suicide dans l'hérédité mentale, que nous pourrons savoir si, réellement, cette transmission est aussi fatale qu'on a bien voulu le dire. Une première division s'impose. Le suicide est une manifestation du délire toutes les fois que celui-ci existe. Mais tantôt on a affaire à des actes de défense ou de fuite devant une hallucination terrifiante, et la mort est purement accidentelle ; on ne saurait la qualifier de suicide. Tantôt la mort volontaire est la conséquence logique

de la conception délirante : le point de départ est faux, mais l'acte lui-même n'est pas insensé. Enfin les cas les plus intéressants, et qui nous occuperont d'abord, sont ceux où l'acte est insensé par lui-même et semble ne se relier à aucun processus intellectuel : c'est une impulsion.

Ce suicide impulsif, nous le trouvons tout d'abord chez les vrais dégénérés, les imbéciles et les idiots. Il y présente des caractères spéciaux qui cadrent avec l'état mental insuffisant. La cause immédiate est insaisissable, ou du moins insignifiante et stupide (des injures légères, la mort d'un chat). Aucune mise en scène : l'idiot répète sa tentative indéfiniment, d'une façon monotone et bête ; il finit presque toujours par y réussir. Cobbold cite un jeune homme qui, dans son enfance, avait vécu dans un tonneau, mais qui, ultérieurement, avait été très perfectionné par l'éducation. Il se coupe la gorge d'un coup de rasoir dans un but de notoriété. Il guérit de sa blessure. Une autre fois il essaya de se précipiter dans une carrière de gravier. Ces cas sont relativement rares, les aliénés de cette espèce étant pour la plupart très poltrons.

On en trouve beaucoup au contraire chez les héréditaires moins dégradés.

Obs. XV.
(Inédite.)
Service de
M. le Pr Pierret.

Femme de 26 ans, sans profession, entrée le 28 mars 1892.
Antécédents héréditaires. — Père alcoolique. La mère vient de se jeter dans un puits.

Elle est migraineuse et bizarre ; elle a des idées fixes, depuis un mariage qu'elle a manqué. Elle a essayé deux fois de se suicider, une fois en se jetant à l'eau, une fois en se frappant à la tête. Bonne constitution ; pas de stigmates

de dégénérescence. Elle ne répond pas, mais comprend et obéit. Elle présente une sorte de fausse stupeur avec conscience; elle est acariâtre à certains moments (gifle les malades qui lui déplaisent, déchire ses vêtements). Anesthésie du moins apparente à la piqûre. Réflexes normaux. Elle n'est pas réglée.

OBS. XVI.
(Inédite.)
Service de
M. le P^r Pierret.
Femme de 22 ans, dévideuse, entrée le 26 septembre 1892.
Antécédents héréditaires. — Père alcoolique. Mère un peu idiote.

Elle a commencé à divaguer il y a huit jours. Par deux fois elle a cherché à se jeter à l'eau. Idées vagues de persécution et d'indignité. Elle a eu des crises diversement décrites par les parents. Actuellement mélancolie et stupeur, avec idées de suicide (veut se jeter par la fenêtre). Maux de tête, insomnie, constipation. Recherche des stigmates : voûte ogivale.

Elle sort améliorée, puis rentre en mars 1894. Mélancolie. Régulée régulièrement. Au moment des règles surtout, céphalalgie très violente qui la pousse à se détruire par n'importe quel procédé. Dans l'intervalle, un peu enfantine.

OBS. XVII
(Inédite.)
Service de
M. le P^r Pierret.
Femme de 48 ans, sans profession, entrée le 29 avril 1892.
Antécédents héréditaires. — Le père a toujours été nerveux et mal équilibré. Deux sœurs ont des caractères bizarres. Un frère s'est suicidé.

Vrai début il y a quinze ou seize ans : idées de suicide pour des motifs futiles. Puis, il y a onze ou douze ans, elle a eu pendant six mois l'idée obsédante d'égorger deux neveux, orphelins du frère suicidé.

Il y a cinq ou six ans, elle est restée un mois, bégayant et ne reconnaissant personne. Depuis un an, son caractère s'est assombri; elle déchire ses vêtements, brise tout ce qu'elle trouve. Elle accuse son mari de maux imaginaires; elle est devenue jalouse depuis une quinzaine de jours. Elle veut mettre le feu à la maison pour se faire brûler.

OBS. XVIII.
(Inédite.)
Service de
M. le P^r Pierret.
Femme de 28 ans, journalière, entrée le 13 mai 1892.
Antécédents héréditaires. — La mère était nerveuse et violente. Une sœur s'est noyée. Deux enfants vivants.

La menstruation a toujours été régulière. En 1891, mort d'une amie intime. Le lendemain matin, la malade présente des idées de suicide. Ces idées la reprennent en juillet, à l'occasion de la maladie d'un de ses enfants. En mai 1892, à la suite d'un souci de même ordre, elle veut se jeter par la fenêtre. A la suite de douleurs vives à la tempe, tantôt elle fait une chute, ou présente des accès impulsifs. Aucun stigmate physique ne peut être découvert. Sa lucidité est parfaite, sa mémoire bonne. Elle se croit de trop, et veut toujours se jeter par la fenêtre. Elle a eu des hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Elle sort le 11 juillet, guérie en apparence, mais elle rentre en août avec des idées mélancoliques (tentative de pendaison). Elle entend une voix intérieure; elle a conscience de cette obsession. Elle sort améliorée.

Obs. XIX.
(Inédite.)
Service de
M. le P^r Pierret.

Femme de 49 ans, sans profession, entrée le 2 avril 1892.

Antécédents héréditaires. — Une sœur morte dans une maison de santé. Une tante aliénée.

Elle avait déjà fait un séjour en 1880-81 pour folie-suicide. Depuis quelques mois, idées hypochondriaques (maladie de cœur). Elle a conscience de son état et prie son entourage de la surveiller quand elle est prise par ses idées de suicide : elle veut alors se jeter dans le Rhône, ou boire de l'acide chlorhydrique, ou s'ouvrir les veines avec une épingle.

Obs. XX.
(Inédite.)
Service de
M. le P^r Pierret.

Femme de 26 ans, sans profession, entrée le 20 mars 1880.

Antécédents héréditaires. — Mère peu intelligente, morte aliénée (délire d'indignité). Un frère persécuté. Un cousin germain du côté de la mère, interné un an.

Elle a un caractère irritable, est peureuse, peu intelligente. Hallucinations de l'ouïe il y a deux ans : elle entendait sonner des cloches dans sa tête, on lui disait qu'elle avait laissé mourir son père. Alternatives de calme et d'excitation. Elle a cherché à jeter son mari dans un bassin et à s'y jeter elle-même. Agitation maniaque. Point de surdité.

Elle sort guérie, puis rentre le 11 juin 1883 avec des bourdonnements d'oreille.

Cette observation est un exemple très net de l'excitation maniaque des héréditaires. Cet état se trouve fréquemment chez eux : c'est leur façon la plus habituelle de délirer.

OBS. XXI.
(Service de
M. le Pr Pierret.
Thèse de Taty,
Lyon, 1883;
obs. complétée
à partir de cette
date.)

C... Suzanne-Henriette, 35 ans, couturière, célibataire, entrée le 28 février 1878.

Antécédent héréditaires. — Grand'mère maternelle morte vers 72 ans, après 4 ou 5 ans de démence. A eu 9 enfants. — Mère bavarde, bredouille; gestes baroques, idées fausses. — Tante (sœur de la mère), lypémanique suicide (morte en 1883). — Le fils de cette tante, alcoolique, déraisonne plusieurs jours dès qu'il a bu, devient jaloux et méchant.

Elle présente une déformation rachitique de la taille (scoliose gauche). La menstruation a toujours été régulière depuis l'âge de 13 ans, jusqu'en 1877, année du début de l'aliénation. Depuis l'âge de 15 ans, gastralgie et dyspepsie, anémie. Elle avait un caractère doux et triste, aimant les romans et les drames. A la suite de mauvaises affaires dans son petit commerce d'herbages, elle eut des chagrins et des idées de suicide. Elle avait conscience de sa faiblesse devant les impulsions. La menstruation arrêtée pendant huit mois, revient pendant six mois, et aussitôt l'état mental s'améliore. Puis nouvelle suppression des règles, avec accès de lypémanie suicide, mêmes préoccupations, dégoût de la vie, plusieurs tentatives : elle entre à Bron.

On constate l'intégrité des facultés intellectuelles. Elle a conscience de sa tristesse, de son angoisse morale, de son impuissance à réagir. Les sentiments affectifs sont conservés et même exagérés. La physionomie a une expression triste. Les règles reparaissent et amènent une amélioration qui motive la sortie en mai 1880.

En août 1880, nouvel arrêt des règles et aussitôt nouvelles tentatives, par submersion et par strangulation. Rentrée en mars 1881.

Les alternances continuent. En août 1881, à l'asile, tentative de pendaison dans les cabinets. Amélioration et sortie en février 1883, suivie aussitôt de nouvelles tentatives de submersion et de strangulation, et d'une rentrée immédiate. Un peu d'excitation vers la fin de l'année. Retour des règles et amélioration nette en 1885. Nouvelle rentrée en 1889. Depuis octobre 1890, amélioration nette de l'état mental. Toujours pas de déviation des sentiments affectifs. Pas d'appétit, selles normales. Céphalalgie et insomnies. La malade, quoique mélancolique, n'a plus d'idées de suicide, mais elle ne veut pas sortir, de crainte des rechutes.

Dans cette observation, au contraire, c'est la forme mélancolique qui domine. L'influence occasionnelle de la menstruation y est très remarquable. Dans l'observation qui suit, c'est un accouchement qui est le point de départ de troubles mentaux graves.

Obs. XXII.
(Magnan.)

Femme, 69 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère déséquilibrée. Père alcoolique. Frère déséquilibré et buveur.

Elle a eu neuf enfants déséquilibrés, dont un épileptique.

Elle a toujours été bizarre. Depuis l'âge de 45 ans, à la suite d'un accouchement, elle a eu des impulsions au suicide, des accès d'arithmomanie ; depuis 5 ou 6 ans, impulsions d'onanisme et d'homicide.

Dans l'observation suivante, les chagrins et les excès alcooliques sont pour une grande part dans l'explosion de la folie.

Obs. XXIII.
(Service de
M. le Pr Pierret.
Thèse de Taty,
Lyon, 1885.)

B... Joseph-Henri, 40 ans, épicier, marié, entré le 28 octobre 1882.

Antécédents héréditaires. — Grand-père maternel mort abruti. Sur ses cinq enfants, une seule (la mère du malade)

saine ; des quatre autres, l'un fou furieux, un second imbécile et extravagant, une fille maniaque, le dernier fou également.

Il a eu la fièvre typhoïde en 1853. Malheureux en ménage, a fait des excès alcooliques (cauchemars, etc.). Le 15 septembre 1882, en passant sur un pont, il a une impulsion irrésistible et se jete dans l'eau. On le retire. Il est amené à l'asile.

Son crâne est irrégulier et aplati. Inégalité pupillaire, ptosis à droite ; palais en ogive ; dents mauvaises ; oreilles mal formées ; bredouillement congénital. Délire lypémaniaque avec hallucination. Tristesse (au sujet de son commerce, de sa famille).

Il sort en décembre. Nouveaux malheurs conjugaux, nouveaux excès alcooliques. Tentative d'homicide sur l'amant de sa femme (en juin 1883). Il rentre à l'asile : prétend que son crime a été raisonné et non impulsif.

Nous sommes en droit, après ces quelques observations, de rechercher le caractère et la nature de l'impulsion, qui est en somme la manifestation essentielle de la folie dite des dégénérés héréditaires.

Le premier degré de l'obsession est presque physiologique. « Chacun de nous, dans certains moments de fatigue ou de surexcitation du système nerveux, a observé chez lui-même ce phénomène : on est obsédé par un mot, une phrase ou une idée qui vous revient constamment à la pensée, que l'on ne peut parvenir à chasser et qui s'impose à nous malgré nous. » (Falret.) Les idées extravagantes, comme le fait remarquer Esquirol, peuvent se rencontrer chez l'homme le plus raisonnable. Mais chez lui, elles ne se manifestent pas par des actes, grâce au pouvoir d'inhibition volon-

taire et consciente. Si ce pouvoir disparaît, on aura, dans la sphère psycho-sensorielle, l'illusion et l'hallucination ; dans la sphère intellectuelle, les idées fixes et les idées délirantes ; dans la sphère motrice, les impulsions.

Quelle est donc la physiologie pathologique de ces phénomènes ? Les excitations périphériques, sensibles et sensorielles, amènent dans les centres nerveux une augmentation de l'énergie disponible déjà accumulée par les excitations antérieures. Suivant l'intensité et la brusquerie de l'excitation, l'excès de tension, pour ainsi dire, se manifestera par une décharge plus ou moins rapide. On peut donc concevoir l'inhibition volontaire comme un simple pouvoir d'accumulation des cellules du cortex (Pierret). Si elles sont trop excitables pour pouvoir accumuler l'énergie qu'elles reçoivent, elles se déchargent immédiatement sur les centres moteurs du cortex, puis de la moelle.

Nous ne voyons pas la différence essentielle qui peut exister entre le mécanisme de ces phénomènes et celui des attaques convulsives épileptiques. Dans l'épilepsie cérébrale, par exemple, à aura souvent psychique, n'admet-on pas l'irritabilité de certains centres corticaux ? Les forces nerveuses venues par les voies sensibles, ne pouvant se disséminer et s'équilibrer, soit par l'irritabilité excessive de certains centres, soit à cause de lésions qui diminueraient la conductibilité (Pierret), s'accumulent dans les cellules motrices, et déterminent, à un moment donné, une décharge.

Au point de vue clinique, la distinction est aussi

difficile. Les états d'inhibition défectueuse (Clouston), les folies instantanées (Magnan) ressemblent beaucoup aux absences du petit mal épileptique. En quoi l'épilepsie procursive et l'automatisme ambulatoire diffèrent-ils des impulsions au vagabondage qu'on rencontre chez les dégénérés? On peut supposer qu'il y a une épilepsie psychique comme il y a une épilepsie motrice : le grand accès impulsif est l'équivalent psychique de l'accès convulsif moteur.

La folie morale, telle que la dépeint Maudsley, c'est-à-dire un désordre de l'esprit sans délire, consistant dans une perversion des facultés affectives et morales, dans l'automatisme absolu des passions et des actes, peut être considérée comme une forme d'épilepsie larvée. On voit souvent des épileptiques paraissant sains d'esprit et qui ont un caractère vicieux, une profonde perversion morale. On a voulu distinguer le fou moral de l'épileptique par la conscience et la mémoire; mais l'amnésie et l'inconscience ne sont pas une règle absolue dans l'épilepsie; certains épileptiques résistent même avec angoisse à leur impulsion. L'impulsion-suicide, par exemple, peut parfaitement coexister avec la peur de la mort. Autre ressemblance : chez le fou moral, comme chez l'épileptique; le crime est rarement suivi de remords.

Les rapports du suicide avec l'épilepsie dans l'hérédité ont été remarqués depuis longtemps : Bourneville, dans une statistique portant sur 350 épileptiques, a trouvé 25 fois le suicide chez les ascendants. D'autre part, le suicide se rencontre assez souvent chez l'épileptique, bien qu'il y soit moins fréquent que l'homi-

cide, avec lequel il peut coexister, comme nous en avons cité des exemples. Nous avons déjà vu, à propos des rapports de l'épilepsie avec la folie morale que, dans certains cas, suivant l'expression de Maudsley, « la convulsion de l'idée remplace la convulsion musculaire, » qui peut ne jamais exister. Il est très difficile de distinguer ces manifestations psychiques, soit la grande manie épileptique, soit le petit mal, de l'excitation maniaque ou des folies transitoires des dégénérés. Une aura peut même précéder l'impulsion (obs. XVIII). Les expériences d'Ottolenghi à la clinique de Lombroso, légitiment encore ce rapprochement. Elles portent sur deux séries, l'une de 15 épileptiques avérés, l'autre de 16 fous moraux. Chez les uns et chez les autres on a trouvé un champ visuel rétréci et irrégulier, et, ce qui est excessivement rare, une hémipopie *partielle*, verticale, hétéronyme. N'est-ce pas une présomption de parenté étroite, sinon d'identité, entre ces deux sortes de malades : ce sont tous des *épileptisants*, convulsifs ou impulsifs.

Dans d'autres cas, il y a coexistence des deux états, convulsif et impulsif. Tantôt, la tentative de suicide, comme toute autre impulsion d'ailleurs, précède la crise, à quelque distance, comme prodrome ; ou immédiatement, jouant le rôle d'aura ; tantôt, elle suit immédiatement la crise ; tantôt enfin, elle est faite dans l'intervalle des crises.

En dehors de cette épilepsie essentielle, le suicide peut également se rencontrer dans les fausses épilepsies, toxiques ou traumatiques. Marie a attiré l'attention sur les épilepsies infectieuses. Elles

peuvent présenter un début jacksonien, si un point du cortex, lésé antérieurement (paralysies), réagit mal contre l'intoxication. Dans l'épilepsie traumatique, la mort est parfois due, non pas à un véritable suicide, mais à des coups portés d'une façon irréfléchie et impulsive sur le point lésé d'où part l'aura.

Voici un cas qui nous paraît concluant à cet égard :

M. le docteur P..., directeur de l'asile de St-P..., a observé un Arabe d'une trentaine d'années, entré à titre de maniaque impulsif et dangereux. Cet état s'était développé à la suite d'un coup violent reçu sur la tête quelques années auparavant, et était accompagné de crises d'épilepsie spinale. On dut l'enfermer dans une cellule. Il n'était pas enfermé depuis un quart d'heure, qu'il avait trouvé moyen de s'enfoncer toute entière à travers le crâne, au niveau de l'angle postérieur de la fontanelle antérieure, une grosse pointe de Paris, de 6 à 7 centimètres de longueur, et toute rouillée. Ce clou fut immédiatement enlevé. Le malade se plaignait à peine, ne présentait ni symptômes paralytiques ou convulsifs, ni modification de son état mental. Le coma étant survenu au bout de cinq ou six jours malgré les précautions antiseptiques, M. le docteur S..., médecin-chef de l'hôpital militaire, fut prié d'appliquer quelques couronnes de trépan. Il constata, par l'opération, que la plaie récente correspondait justement à l'ancienne cicatrice du coup reçu quelques années avant. Il y avait à ce niveau un enfoncement du crâne.

Fréquemment sans doute, la lésion traumatique oubliée ou l'intoxication méconnue, séparément ou

réunies, doivent être les causes d'épilepsie prétendues essentielles.

Plusieurs des observations rapportées plus haut indiquent clairement l'importance occasionnelle des crises physiologiques. La puberté, les troubles menstruels, l'état puerpéral peuvent amener l'éclosion de l'impulsion comme du délire. Aussi est-ce généralement dans le jeune âge qu'apparaissent les premières manifestations. Il y a cependant des cas indéniables de suicide chez les gens âgés, soit, chez la femme, au moment de la ménopause, soit à cause de lésions cérébrales multiples produites par l'âge. L'hérédité homochrone pourrait peut-être expliquer quelques faits.

Obs. XXIV.
(Regis.)

Madame R..., 56 ans. Père mort à 56 ans d'ataxie locomotrice; mère un peu bizarre; grand'mère maternelle très exaltée, ayant été atteinte vers la fin de sa vie de dépression mélancolique; un frère intelligent, nerveux et bizarre; deux filles nerveuses, avec obsessions anxieuses allant jusqu'au délire; nièce atteinte de petit mal.

Elle avait toujours été sérieuse et pondérée jusqu'à l'âge de 54 ans. A ce moment-là, sa plus jeune fille se maria. Ce fut la source d'un chagrin d'abord dissimulé; mais bientôt première tentative de suicide par empoisonnement. Depuis, une deuxième tentative a été faite, et une troisième à l'asile par refus de nourriture.

Inversement, on peut trouver ces perversions instinctives chez les enfants, où elles sont dues probablement à des anomalies de développement. Là, l'influence de l'imitation a une importance considérable. Les

motifs sont presque toujours insignifiants (réprimandes, souffrances d'amour-propre).

Une jeune fille de 15 ans, dont le père et le grand-père s'étaient suicidés, fit à son tour deux tentatives.

Dans l'une de ces tentatives, elle se jeta dans la Seine justement à l'endroit où son père s'était noyé volontairement.

Obs. XXV.
(P. Moreau.)

Dans quelles conditions se développe ordinairement la folie impulsive? Les accidents épisodiques ne sont pas toujours les seuls. Il peut y avoir des symptômes d'aliénation, soit antérieurs, soit concomitants, la dépression mélancolique par exemple, ou même un délire positif. Le plus souvent cependant, on trouve le suicide sans véritable dérangement intellectuel, mais sous l'influence d'une mélancolie commençante, avec sentiment de détresse et d'accablement. Cette folie débute par de la prostration morale, de la bizarrerie, des inquiétudes, que le malade sent lui-même injustifiées, sur sa santé ou ses affaires. Tout d'un coup, sous une influence banale, les souffrances de l'esprit arrivent à un tel degré d'angoisse qu'elles amènent un paroxysme frénétique, une convulsion de l'esprit, sans hallucination. Après l'acte, après le suicide manqué par exemple, il y a une détente immédiate; l'angoisse a disparu; le soulagement est immense. D'autres fois, les phénomènes sont moins brusques. Il y a sensation de la mort nécessaire, sans motifs. Les tentatives sont alors fréquentes, parfois rusées.

On trouvera, dans les observations citées quelques pages plus haut, des exemples de ces deux formes.

CHAPITRE QUATRIÈME.

LE SUICIDE DANS LES AUTRES FOLIES.

LES NÉVROSES CONVULSIVES. — LES FOLIES VÉSANIQUES. —
LES FOLIES TOXIQUES, INFECTIEUSES, ETC. — LES DÉ-
MENCES ORGANIQUES.

En quittant le domaine de l'épilepsie, il nous paraît tout naturel d'étudier le suicide dans les autres névroses convulsives. Il est particulièrement fréquent chez les hystériques, ou dans leur ascendance. Nous laisserons de côté tous les cas de somnambulisme, qui nécessiteraient, à cause de leur complexité, une étude détaillée et absolument hors de notre sujet.

Dans l'hystérie, le suicide cadre avec plusieurs caractères de l'état mental, la tromperie, la coquetterie, la vanité, le désir d'attirer l'attention. Tandis que l'épileptique va droit au but, commet un acte brutal et impulsif, l'hystérique ne néglige aucun détail de mise en scène, cherche à mourir coquettement, dans une pose dramatique, qui fasse tableau. — La simulation,

sans être aussi fréquente qu'on l'a prétendu, n'est cependant pas exceptionnelle.

Obs. XXVI.
(Legrain.)

M... Camille, entre à Sainte-Anne en 1885.

Antécédents héréditaires. — Du côté paternel, les deux bisaïeuls déséquilibrés, le grand'père déséquilibré et ivrogne, le père déséquilibré et ivrogne. Du côté maternel, une tante déséquilibrée, un oncle suicidé, une tante débile ayant un fils vésanique. — Un frère mort-né, deux frères morts de méningite, un frère déséquilibré, avec des instincts pervers.

Elle a eu un enfant mort-né.

Affectueuse et intelligente, elle a reçu une brillante instruction. Mais, depuis ses premières règles (15 ans), elle est devenue sale, sans pondération ni pudeur, égoïste, grossière, vicieuse. Elle se livre à un aventurier, vole son père, veut servir comme fille de brasserie. Elle fait une tentative d'empoisonnement avec du laudanum, mais de façon à pouvoir être arrêtée et secourue à temps. Entrée à l'hôpital pour métrite, elle présente des accidents hystériformes (catalepsie, etc.). Amélioration à l'asile.

A noter, dans cette observation, l'influence de la menstruation, et l'alcoolisme chez les ascendants.

Il arrive parfois que dans ces tentatives, l'hystérique finit par se tuer réellement, pour avoir mal pris ses précautions. Dans d'autres cas au contraire, la tentative est sérieuse, par exemple dans la manie hystérique, avec hallucinations. En voici deux observations : dans la première, nous voyons encore intervenir les troubles menstruels comme cause occasionnelle.

Obs. XXVII.
(Inédite.)
Service de
M. le Pr Pierret.

Femme de 26 ans, tisseuse, entrée le 1^{er} septembre 1881.

Antécédents héréditaires. — Un frère est mort épileptique, il y a deux ans, à l'asile de Bron.

Elle avait déjà séjourné deux mois et demi à l'asile de

Dijon au printemps dernier. Ses règles n'ont pas reparu depuis ce moment. Elles avaient été régulières jusque-là. Tempérament nerveux. Hystérie confirmée. Les premiers symptômes d'aliénation remontent au mois de janvier. Elle sort améliorée de l'asile de Dijon, mais les accidents reprennent quinze jours après. Sensation de boule au pharynx, hyperesthésie ovarienne; n'a cependant jamais eu de crise convulsive. Elle dit qu'on a voulu l'empoisonner. Elle a tenté de se jeter par la fenêtre, mais sa sœur l'a retenue à temps. L'état physique est bon. Elle parle lentement, d'un air précieux. Incohérence. Parle la nuit à voix basse. Fait des grimaces, éclate de rire. Pas de signes de dégénérescence.

OBS. XXVIII. Femme de 22 ans, domestique, entrée le 29 janvier 1892.
(Inédite.) Antécédents héréditaires. — Oncle paternel aliéné depuis
Service de 21 ans. Le père avait des accès périodiques tous les hivers;
M. le Pr Pierref. il frappait et cherchait à étrangler sa femme.

Elle a été malade de l'estomac et constipée depuis la puberté. Elle sent une boule dans le ventre (douleur ovarique qui remonte). Les troubles intellectuels ont débuté, il y a huit jours, par de l'incohérence (rires, pleurs, colère); elle croit qu'on se moque d'elle. — Peu après son entrée, elle essaye de s'étrangler avec un foulard, puis de se jeter par une fenêtre. Insomnie, agitation; bourdonnements d'oreille et vertiges: c'est une hallucinée de l'ouïe. — Actuellement, dépression; peut-être quelques idées de persécution. Céphalée.

L'examen physique montre quelques stigmates: strabisme interne de l'œil gauche; asymétrie faciale; palais en ogive; lobule soudé; aplatissement de l'occiput. Réflexes exagérés; retard des perceptions (membres supérieurs).

A propos de cette observation, il est peut-être intéressant de rappeler l'existence des hystéries toxiques, infectieuses ou traumatiques, dont le pronostic est toujours relativement favorable. — Nous citerons à

propos de la mélancolie et de la manie, des cas qu'on ne saurait présenter avec certitude comme folies hystériques, malgré la présence de stigmates.

Féré a attiré l'attention sur les idées de suicide dans la *chorée* chronique, avec hébètement, tristesse et hypochondrie. — Dans la *paralysie agitante*, on peut trouver aussi, à côté de la stupeur, la lypémanie suicide.

Le délire, que nous avons vu apparaître dans l'hystérie, va devenir, dans les vésanies, la cause immédiate du suicide. Il faut excepter cependant certains cas, dans la manie et l'alcoolisme, par exemple, où il n'y a pas à proprement parler suicide, où la mort n'est pas intentionnelle, mais est due, soit à des mouvements désordonnés, soit à des mouvements de défense ou de fuite provoqués par des hallucinations, soit encore à des erreurs d'appréciation causées par les conceptions délirantes : on voit par exemple des aliénés tomber d'une fenêtre en croyant descendre un escalier, ou en voulant s'envoler.

Nous allons maintenant passer en revue les vésanies en allant des formes chroniques aux formes aiguës, c'est-à-dire des formes les plus héréditaires aux formes le plus souvent acquises.

Magnan réunit sous le nom de *Délire chronique* (*paranoïa primaria* des Italiens) quatre périodes successives à évolution lente, qui sont considérées par d'autres auteurs comme des entités morbides séparées : 1^o période d'inquiétude, amenée par des hallucinations ; 2^o manie de persécution ; 3^o manie des grandeurs, conséquence logique de la précédente ; 4^o dé-

mence. — Le suicide apparaît surtout à la deuxième période, et s'explique par le désir de se dérober à des ennemis imaginaires. Il est d'ailleurs moins fréquent que l'homicide, et peut coexister avec lui.

OBS. XXIX.

Femme de 30 ans, entrée le 12 avril 1887.

(Inédite.)

Antécédents héréditaires. — En 1874, sa mère a eu un accès de lypémanie avec idées de persécution. Guérison.

Service de
M. le Pr Pierret.

Depuis un mois, changement de caractère, tristesse, se plaint d'être jalousée et méprisée par tout le monde. On lui fait du tort pour son travail. Depuis dix jours excitation. Elle tente de se jeter à l'eau avec son petit garçon. Elle se jette aussi sur ses parents, sous prétexte qu'ils veulent l'empoisonner. Incohérence, mais surtout idées de persécution.

La prédisposition héréditaire est très nette dans le délire chronique, et souvent similaire ; mais on peut aussi trouver chez les ascendants la manie, la mélancolie ou des délires toxiques. Saury a cherché à distinguer le délire chronique de la folie des héréditaires par les caractères suivants : éclosion tardive, sans anomalies intellectuelles antérieures, absence de début brusque, de paroxysmes, d'impulsions irraisonnées, automatiques ; l'activité délirante y est au contraire la déduction rationnelle des conceptions malades, le délire systématisé entraînant logiquement ses conséquences dans la sphère des actes ; ceux-ci étant raisonnés, conçus d'avance, consécutifs à une série d'hallucinations. En réalité, il y a chez les dégénérés une forme de délire chronique (*paranoïa degenerativa* des Italiens) ayant une évolution analogue : d'abord période d'hypochondrie ; ensuite délire de persécution,

pouvant être remplacé par des idées mystiques ou érotiques; enfin délire ambitieux, indiquant que la personnalité est touchée. On a dit que cette forme était anormale et irrégulière, mais le diagnostic est le plus souvent impossible, surtout si l'on admet que le délire chronique vrai peut apparaître chez les dégénérés, qui sont en somme des prédisposés.

Obs. XXX.
(Inédite.)
Service de
M. le Pr Pierret.

Femme de 41 ans, sans profession, entrée le 11 novembre 1883.

Antécédents héréditaires. — Le père a été atteint de délire religieux. Il s'est marié trois fois et a eu quinze enfants, dont plusieurs considérés comme des originaux.

Elle a été peu soignée pendant son enfance. Elle a été réglée à 18 ans seulement. Elle s'est jetée dans la Saône la veille de son entrée; elle donne comme explication, qu'elle entendait des voix qui la menaçaient de mort, et qu'elle était offensée d'être surveillée. Illusions et hallucinations, surtout la nuit. Un esprit la gouverne et ne la quitte pas. Elle n'a pas conscience de la gravité de l'acte qu'elle a accompli.

Ces délirants chroniques ne doivent pas être confondus avec les mélancoliques, qui sont rarement des persécutés et chez lesquels le suicide est beaucoup plus fréquent.

Toutes les *folies à double forme*, circulaires, intermittentes, périodiques, se distingueraient des processus analogues qu'on rencontre chez les dégénérés par une plus grande régularité, dans le retour des paroxysmes et dans l'alternance de l'excitation et de la dépression, c'est-à-dire en somme par des caractères inconstants. D'autre part, les tares héréditaires y seraient, d'après Magnan, moins lourdes. Outre qu'il

est très difficile de faire, si on veut nous passer l'expression, de pareilles pesées comparatives, il semble au contraire que les folies périodiques soient les plus constamment, les plus essentiellement héréditaires. Les causes déterminantes font souvent défaut, ou sont insignifiantes; le début est brusque et imprévu : à ce moment les troubles mentaux sont surtout ceux d'une folie morale; il y a ou non des intervalles lucides; pendant la période d'exaltation, les vices, la vanité dominant la scène, sans qu'il y ait encore le plus souvent ni incohérence ni délire systématisé; dans la période de dépression mélancolique, avec les idées d'indignité et d'impuissance, apparaissent les velléités et les tentatives de suicide.

OBS. XXXI.
(Inédite.)
Service de
M. le Pr Pierref.

Dévideuse, entrée le 1^{er} septembre 1884.

Antécédents héréditaires. — Le père a eu depuis l'âge de 15 ans des crises épileptiques nocturnes assez fréquentes, avec hallucinations. Ces crises ont cessé pendant 10 ans, puis ont reparu dernièrement. Grand-mère morte à l'asile.

Elle a été réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans. Il y a deux mois, un sorcier lui fit une prédiction désagréable. Dès le lendemain, elle devint taciturne et bizarre malgré les soins les plus affectueux de sa famille. Elle avait par moments de véritables accès de manie aiguë: tantôt elle se jetait sur les personnes de son entourage, tantôt elle faisait des tentatives de suicide avec la dernière énergie, soit en se jetant par la fenêtre, en voulant se couper le cou avec des ciseaux, en voulant s'étrangler avec une cravate. Elle avait des hallucinations terrifiantes de la vue, non seulement pendant les crises, mais surtout pendant la nuit. Pas d'idées de persécution. Pas de désordres somatiques. Après quinze jours à l'asile, amélioration. La malade reprend une certaine conscience, devient calme. Retard des règles. Sortie.

Elle rentre à Bron le 28 mai 1887, après des périodes alternatives de calme et d'agitation. Depuis quelques jours, son état s'est aggravé; elle se lève la nuit, pousse des cris et cherche à frapper. Depuis trois jours elle refuse presque toute nourriture. Elle croit revoir le sorcier; puis revenant à elle, elle pleure et demande pardon. La mélancolie s'accroît. Elle est dans la stupeur. Mais elle s'irrite si on veut l'en faire sortir. Elle devient peu à peu indifférente à tout : absence de tout sentiment affectif.

OBS. XXXII.
(Inédite.)
Service de
M. le Dr Pierret.

Femme de 27 ans, cuisinière, entrée le 1^{er} avril 1882.

Antécédents héréditaires. — La mère avait eu des crises d'épilepsie; est morte il y a cinq ans et demi d'une congestion cérébrale.

Elle a toujours été réglée régulièrement. Amour contrarié, pertes d'argent. Entre brusquement en fureur : incohérence, hallucinations, idées de grandeur et de persécution. Elle cherche à se nuire. L'examen physique montre un peu d'anesthésie des extrémités et de l'anémie. Etat alternativement maniaque et dépressif. Dans ce second cas, stupeur, indignité, idées de suicide.

Elle sort améliorée nettement en novembre. Mais elle retombe bientôt dans ses idées d'indignité, de damnation, de suicide. Elle rentre en avril 1883. Etat lypémanique : elle veut se jeter par la fenêtre.

Ces deux observations ne pourraient-elles pas rentrer aussi bien parmi les héréditaires que parmi les périodiques? Chez les uns comme chez les autres, même caractère inquiet, mêmes idées ambitieuses alternant avec des idées d'indignité ou de persécution. Les délires d'accès de Lasègue et la folie intermittente à longues rémissions se présentent sous le même aspect. On y trouve fréquemment la crainte de devenir fou ou de mourir, en même temps que des impulsions suicides, par exemple.

Obs. XXXIII.
(Inédite.)
Service de
M. le Pr Pierret.

Femme de 60 ans, tisseuse, entrée le 10 septembre 1890.

Antécédents héréditaires. — Une sœur a été atteinte de mélancolie; un frère a toujours été bizarre, déséquilibré.

Elle a eu, en 1880, une attaque d'hypochondrie; elle craignait de devenir folle. Depuis 1888, il lui est arrivé plusieurs fois de tomber et de rester quelques instants sans connaissance. Depuis la mort de son mari, en janvier 1890, elle a de l'anxiété, des insomnies, de la dépression cérébrale; elle a eu de l'agoraphobie à plusieurs reprises.

Depuis quinze jours avant son entrée, elle présente de l'agitation; elle a des hallucinations de l'ouïe, des peurs continuelles. Elle veut se suicider et engage ses enfants à se tuer avec elle.

(Le 10 octobre, un mois après son entrée, son fils est interné à l'asile.)

Mais bientôt la scène change. Après ce début par les perversions instinctives, le délire prend généralement la forme de la manie raisonnante, chez les dégénérés comme chez les périodiques. Dans les deux cas aussi, la démence est tardive. Il y a une surexcitation générale des facultés, pouvant aller jusqu'à l'excitation maniaque; les troubles de l'intelligence sont toujours subordonnés comme importance au délire des actes. Tous ces aliénés, comme les épileptiques, sont souvent orgueilleux et méchants. Féré a rapproché des alternances de la folie circulaire, les brusques modifications de caractère des épileptiques et des fous moraux, qui passent de la plus noble générosité à la méchanceté la plus noire et réciproquement.

Avec la *mélancolie*, nous arrivons à une forme déjà beaucoup moins héréditaire, très souvent acquise sous l'influence de causes extrinsèques (intoxications, infec-

tions) et des crises physiologiques. Le suicide est relativement rare chez les mélancoliques : encore faut-il distinguer suivant les formes. Chez les mélancoliques avec stupeur, ou avec délire à forme dépressive, on a rarement à constater la mort volontaire : soit que les motifs de tristesse qu'ils croient avoir soient insuffisants pour une aussi grave détermination, soit que leur pusillanimité bien connue les arrête. Les hypochondriaques en particulier, qui demandent à grands cris qu'on les délivre de la vie, osent rarement s'en délivrer eux-mêmes. Ou bien ils se bornent à refuser avec énergie les aliments qu'on leur présente.

Chez certains lypémaniques cependant, le suicide est longuement prémédité. Il est préparé avec calme, astuce et persévérance ; la tentative est répétée jusqu'à réussite. C'est chez eux que l'on trouve parfois des exemples d'insensibilité vraiment extraordinaires. Les formes anxieuses avec excitation transitoire, et les mélancolies religieuses fournissent aussi quelques exemples de suicide.

OBS. XXXIV.

(Inédite.)

Service de

M. le Pr Pierret.

Femme de 33 ans, ménagère, entrée le 27 avril 1891.

Antécédents héréditaires. — Les parents sont morts de maladies inconnues. Un frère est enfermé, un autre très nerveux. Une sœur morte à l'asile, une autre prendrait des crises.

Elle a eu des convulsions dans l'enfance, puis a pris des crises, enfin a toujours été très nerveuse. Il y a un mois, elle a eu une céphalalgie violente pendant huit jours. Nouvel accès il y a quinze jours : elle demande du poison, parce qu'elle croit qu'on lui veut du mal. Elle refuse de s'alimenter. Prise de lypémanie anxieuse, elle fait une tentative de suicide

par strangulation. (Zones ovariennes très sensibles ; crises convulsives.)

Obs. XXXV.
(Inédite.)
Service de
M. le Pr Pierret.

Femme de 29 ans, entrée le 19 février 1890.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à l'asile. Père mort d'une attaque d'apoplexie. Une tante aliénée.

Premier accès à dix-huit ans. Entrée déjà à l'asile en mars 1888, vers la fin d'une grossesse pénible. Accouchement (enfant mort) en avril.

Cette fois, elle rentre avec mélancolie religieuse. Poids à l'estomac. Elle se plaint de son mari. Refuse parfois de parler et de manger. Tentatives de suicide avec idées mystiques.

Mais c'est surtout chez les mélancoliques avec conscience, forme très rare dans les asiles, qu'on trouve les impulsions suicides. Ce sont le plus souvent des gens en apparence sains d'esprit, mais qui ont « des idées noires », comme on a coutume de dire. Il n'est pas rare de les voir en même temps donner la mort à des êtres qui leur sont chers. Dans ces cas, on trouve fréquemment des tares héréditaires, et nous signalons la difficulté du diagnostic avec la mélancolie, dite épisodique, des dégénérés.

Nous rattacherons à la mélancolie des formes spéciales, qui généralement sont décrites à part: la *nostalgie*, le *tœdium vitæ*, le *spleen*. Chez les jeunes soldats par exemple, cette soi-disant monomanie, l'obsession du pays, n'est autre chose que l'exagération malade, due à une énergie insuffisante, d'un sentiment très naturel, augmenté souvent sans doute du dégoût du métier militaire. Une grande partie des cas de suicide dans l'armée reconnaît pour cause cette nostalgie.

Ceci nous amène à parler de cet état d'épuisement

nerveux qu'on a appelé la *neurasthénie* et qu'on a accusé d'être le premier degré de la dégénérescence. En réalité, c'est un symptôme pouvant appartenir à des états différents : tantôt en effet il s'agit d'une véritable dégénérescence héréditaire, avec manies, phobies et surtout aboulie ; plus souvent, d'un état neuro-arthritique, avec troubles sécrétoires, diabète, albuminoïdurie. Parfois c'est une mélancolie hypochondriaque d'origine variable, généralement toxique ou infectieuse. Il faut peut-être tenir compte dans certains cas de l'influence des sécrétions internes, qui retentit sur la nutrition des éléments nerveux, et par conséquent sur leur résistance aux toxiques. Ces états neurasthéniques peuvent marquer le début des névroses et des psychoses. Le suicide peut s'y rencontrer.

Dans la *manie*, dans les formes aiguës en général, la prédisposition héréditaire est à son moindre degré d'influence et même peut faire totalement défaut. Le rôle des causes extrinsèques est au contraire considérable. Dans les états maniaques, on a souvent affaire, en dehors des cas indéniables de mort volontaire, conséquences logiques du délire, à ces morts accidentelles auxquelles nous avons précédemment fait allusion.

Dans le *délire aigu* de même, l'hérédité joue un rôle effacé de simple prédisposition. C'est une sorte d'état convulsif, infectieux ou toxique, survenant le plus souvent à la suite de la misère, des chagrins ou des excès. A l'autopsie, on trouve souvent de la méningite, de la congestion cérébrale, ou des lésions viscérales. Ce qu'on appelle vulgairement la fièvre chaude, n'est

autre chose qu'un délire hallucinatoire avec idées de suicide. Ce délire se rattache presque toujours à des intoxications microbiennes, et, lorsque celles-ci sont méconnues, en impose souvent à tort pour l'hérédité. Dans l'armée par exemple, le délire aigu des nostalgiques, est, dans l'immense majorité des cas, une manifestation cérébrale de la fièvre typhoïde, ou parfois aussi, une grippe à forme cérébrale (Pierret). D'ailleurs, les agents infectieux les plus divers peuvent développer des syndromes analogues. Les toxines intestinales amènent parfois aussi un véritable délire aigu stercorhémique.

Nous citerons, sans y insister, les délires de la fièvre typhoïde, tout particulièrement fréquent, de la fièvre puerpérale, de la syphilis, les folies brightique, cardiaque, rhumatismale, etc., et les auto-intoxications par sécrétions internes des glandes. Le suicide peut se rencontrer dans toutes ces formes au même titre que dans la manie.

Nous arrivons ainsi aux folies toxiques proprement dites : morphinomanie, délire des saturnins, etc. La plus importante assurément est le *délire alcoolique*. L'alcoolisme aigu amène parfois des actes criminels, mais presque jamais le suicide. Le lypémanie suicide se trouve au contraire souvent dans l'alcoolisme chronique, avec cauchemars et hallucinations : l'alcoolique n'est peut-être pas autant un impulsif qu'un halluciné. Dans le *delirium tremens*, délire à forme maniaque, les mouvements désordonnés de défense ou de fuite peuvent amener des accidents mortels, qui ne constituent pas vraiment un suicide.

Il n'en est plus de même chez le descendant de l'alcoolique, qui pourra être un véritable dégénéré, un épileptisant. On a remarqué que les enfants conçus pendant l'ivresse du père étaient souvent épileptiques. On peut trouver, dans la descendance de l'alcoolique, toutes les tares mentales, et particulièrement les folies impulsives. Les impulsions suicides sont loin d'y être rares, comme on peut le voir dans l'observation suivante, citée dans la thèse d'agrégation de Déjerine. C'est un très bel exemple de l'avenir mental réservé à la descendance des alcooliques.

OBS. XXXVI.
(Möbius.)

Père buveur, mort de delirium tremens.

Fille irritable, ayant six enfants.

1° Une fille, mélancolique, avec tendances au suicide. Épouse un tuberculeux. Une fille meurt d'éclampsie puerpérale, une autre de convulsions dans l'enfance. Un fils est tuberculeux.

2° Un fils, mélancolique, avec tendances au suicide. Épouse une femme saine et a des enfants sains.

3° Un fils, mélancolique, suicidé ; a deux enfants morts de convulsions, deux filles sujettes à de violentes névralgies, une fille épileptique.

4° Un fils, sujet aux névralgies, épouse une femme nerveuse, et a : une fille saine, une fille morte de convulsions, une fille sexdigitigrade avec hydrocéphalie, un fils avec oreille dépourvue d'hélix.

5° Un fils mort de mal de Pott.

6° Une fille morte d'un abcès cérébral.

Il est à remarquer que les enfants d'alcooliques sont fréquemment atteints de dipsomanie, et poussés d'une façon irrésistible à devenir eux-mêmes alcooliques. Ce sont des cérébraux avant même d'avoir subi l'influence

de l'alcool (Lasègue), ou, si l'on veut, des alcoolisables. Voilà donc une folie héréditaire, la dipsomanie, sur laquelle pourra se greffer un délire toxique.

Une dernière classe de folies est constituée par les démences organiques. Nous aurons surtout en vue la *paralysie générale*. Pour Charcot, Féré, Magnan, elle appartient sans conteste à la famille névropathique ; la tare nerveuse héréditaire serait toujours l'agent essentiel du développement de la maladie, la syphilis n'intervenant que comme cause occasionnelle. Il nous semble plus logique d'admettre que le terrain névropathique se borne à faciliter la localisation sur le système nerveux de l'action nocive des agents toxiques ou infectieux (syphilis ou alcoolisme).

Le suicide est rare dans la paralysie générale (il y en a deux observations dans la thèse de Godivier, Paris 1892); il y est généralement la conséquence des idées de ruine et de culpabilité qu'on peut trouver à la deuxième période de la forme dépressive (délire hypochondriaque ou lypémanique). Dans une forme assez fréquente de la paralysie générale, la forme circulaire, on rencontre parfois des impulsions inconscientes et naïves au vol, à l'homicide ou au suicide. Elles sont beaucoup plus fréquentes dans la pseudo-paralysie générale à forme expansive des dégénérés et des circulaires, qui ressemble à la paralysie générale vraie, non seulement par l'excitation maniaque, mais souvent aussi par l'embarras de la parole et les troubles cérébraux congestifs.

.

Quant aux folies génitales, puerpérales, etc., ce ne

sont pas des états mentaux définis. Les crises physiologiques agissent en diminuant la résistance de l'organisme, surtout si le terrain est déjà préparé par l'hérédité. Nous avons vu successivement les différentes formes de folie soumises à leur influence. Tous les accidents physiques ou moraux, à quelque moment de la vie qu'ils se produisent, laissent leur trace sur l'élément nerveux, en modifiant sa formule chimique, et par conséquent son dynamisme.

CHAPITRE CINQUIÈME.

LES CONSÉQUENCES.

IMPORTANCE DU DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC. — CONSIDÉRATIONS SOCIALES ET PHILOSOPHIQUES. — CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES. — LA QUESTION DU MARIAGE.

Nous avons basé cette étude, sur un certain nombre d'observations de suicide, avec tares nerveuses chez les acendants. Il nous eût été facile d'en donner un nombre beaucoup plus considérable, mais nous ne pensons pas que ce soit dans un amoncellement confus de faits que réside la valeur de la démonstration.

Quelles sont les conséquences à tirer de cet examen du suicide dans les diverses formes d'aliénation mentale ?

La première est l'importance du diagnostic de la forme et de la cause. Ce diagnostic, nous l'avons discuté dans le courant de notre étude, presque à chaque paragraphe, et nous en avons vu la difficulté. Nous avons surtout cherché à montrer combien cette

folie des dégénérés, basée assurément sur des faits exacts, mais interprétés à notre avis dans un sens trop exclusif, se confond à chaque instant et tour à tour malgré tout le soin qu'ont mis ses créateurs à la caractériser par de prétendus stigmates, avec l'épilepsie, la folie circulaire, la mélancolie, la manie, les folies toxiques, et même la paralysie générale.

Ce diagnostic si difficile de l'étiologie et de la nature de la folie est pourtant nécessaire au pronostic et au traitement.

Le pronostic du suicide est très variable suivant les cas, pour l'individu comme pour la société. Chez les vrais dégénérés (idiots, etc.), il est presque fatal ; la guérison est impossible. Il n'y a pas non plus grand espoir à conserver chez les épileptiques, qui, de plus, sont essentiellement dangereux. Dans toutes les formes où l'hérédité a le pas sur les causes accidentelles, chez les vrais prédisposés héréditaires (folie circulaire, délire chronique) la chronicité même fera le pronostic ; la crainte des récidives l'aggravera.

Au point de vue de l'espèce, le danger est considérable. Morel concevait la dégénérescence comme une aggravation progressive des tares transmises, allant du tempérament nerveux aux grandes névroses, à la folie, puis à l'imbécilité, à l'idiotie et à la stérilité. En réalité, cette marche n'est pas fatalement progressive. Si elle l'était, comme il n'est personne qui n'ait eu, en remontant à quelques siècles, de nombreuses tares héréditaires dans son ascendance, il y aurait longtemps que l'espèce humaine serait éteinte, après avoir franchi tous les échelons de la dégénérescence ner-

veuse. Il faut considérer qu'il existe, à côté de la sélection dégénérative, une véritable sélection régénérative.

L'avenir sera moins sombre encore dans les folies infectieuses ou toxiques, parmi lesquelles nous n'hésitons pas à ranger la manie et la mélancolie franches. La cause n'étant pas dans la constitution même de l'organisme, les chances de transmission seront moindres, et en tout cas, n'atteindront jamais les descendants conçus avant les accidents cérébraux. Chez l'individu lui-même, la suppression de la cause pourra quelquefois suffire à faire disparaître le délire. Dans l'hystérie, le pronostic restera favorable, au moins pour l'individu, grâce à une marche heureuse de la maladie ou au succès du traitement. L'idée de suicide disparaîtra souvent, ou perdra son caractère d'irrésistibilité.

Le traitement sera curatif ou palliatif d'une part, prophylactique de l'autre. Avant tout il sera étiologique. Toutes les fois que le suicide est dû au délire, on luttera contre les causes toxiques ou infectieuses de ce délire. On recherchera les troubles gastro-intestinaux ou hépatiques. L'antisepsie du tube digestif donnera parfois d'excellents résultats. Chez les hypochondriaques on pourra rencontrer des indications spéciales (spermatorrhée, varicocèle). Dans tous les cas on devra relever l'état général. Il ne faudrait pas d'ailleurs compter sur un succès certain : l'habitude délirante peut parfaitement subsister après la suppression de la cause du délire. Aussi ne négligera-t-on pas le traitement symptomatique des vésanies : hydrothérapie, calmants ou convulsivants suivant les cas. L'iso-

lement sera généralement un auxiliaire utile de la médication; dans certains cas de mélancolie nostalgique cependant, on recherchera plutôt la vie de famille.

Chez les vrais héréditaires, il ne faudra pas absolument désespérer. L'éducation des idiots, dont les lacunes sont considérables, est très difficile et se fait d'après un système spécial dont la description ne rentre pas dans notre cadre.

Chez les imbéciles et les débiles il faudra tenter l'hygiène physique d'une part, l'éducation par la méthode sensorielle de l'autre. On relèvera la nutrition par les toniques, l'hydrothérapie, l'alimentation riche et variée. Dans les cas d'hérédité menaçante on tentera un traitement prophylactique moral. Il sera surtout efficace chez les enfants; on leur imposera une discipline rigoureuse mais pas trop sévère, empreinte à la fois de douceur et de fermeté. Cette faculté d'imitation si développée chez eux et souvent si dangereuse, il faudra l'utiliser en ne mettant sous leurs yeux que de bons exemples. Pour se prémunir contre la déséquilibration et imprimer une saine direction aux facultés psychiques, on surveillera attentivement leurs lectures et leur société; on les poussera vers l'étude des sciences concrètes ou même, si c'est possible, vers les travaux manuels; on évitera les pratiques religieuses excessives, pouvant pousser au mysticisme. On écartera autant que possible les soucis, les chagrins, le surmenage, les excès et en général les chocs nerveux de toute espèce. On fortifiera le corps par une gymnastique modérée; on surveillera, à cause

de leur importance occasionnelle, toutes les crises physiologiques et on cherchera à annihiler leur influence par la nutrition; on évitera les centres urbains où les conditions hygiéniques, physiques et morales, sont mauvaises; on empêchera, par tous les moyens possibles, l'abus des boissons alcooliques, particulièrement dangereuses chez les prédisposés. En un mot on fera de l'hygiène prophylactique.

Si on échoue, si la folie éclate, l'isolement pourra encore donner de bons résultats, en supprimant souvent les causes déterminantes, les influences de milieu. Les obsédés et les impulsifs, sauf peut-être dans les formes dépressives, retireraient souvent un grand bénéfice de véritables saisons dans les asiles, ou dans d'autres familles, comme l'essai en a été fait en Belgique, avec succès d'ailleurs. Il est toujours indiqué naturellement de faire le traitement symptomatique ordinaire des vésanies. On peut, dans une certaine mesure, suppléer à l'internement, en plaçant auprès de ces malades une personne à caractère doux, mais à volonté ferme, qui puisse les soutenir dans leurs luttes conscientes contre les impulsions.

L'impulsion est presque impossible à traiter en elle-même. Parfois cependant, on peut y réussir par une sorte de méthode homéopathique, en suscitant d'autres passions ou d'autres préoccupations. L'amour, par exemple, peut avoir une influence très heureuse, surtout chez les femmes. De même des émotions violentes. Esquirol relate le cas de cet homme de lettres anglais qui, passant sur un pont de Londres, allait, sous le coup d'une impulsion irrésistible, se jeter dans

la Tamise, quand il fut attaqué par des voleurs. Il se défendit avec courage, se débarrassa de ses agresseurs, et même, fait imprévu, de ses idées de suicide, qui ne reparurent jamais. — Il est évident que ces procédés de guérison sont absolument livrés au hasard, et que la thérapeutique ne pourra jamais s'en servir qu'à titre exceptionnel ; mais il était intéressant de les signaler.

L'internement, qui répond déjà à une indication de traitement, est légitime aussi au point de vue du danger social. Nous laisserons de côté les mesures de législation et d'hygiène publique, qui pourraient contribuer à la prophylaxie du suicide (alcoolisme, misère, etc.). Il est certain que l'extension du bien-être, par exemple, donnerait une nouvelle force à l'instinct de la conservation ; mais nous ne pouvons traiter ici des questions aussi complexes, et d'ailleurs extra-médicales. Il en est de même des questions philosophiques (doute, scepticisme, indifférence). Du reste, les causes sociales ou philosophiques paraissent jouer un rôle beaucoup plus important dans le suicide des gens sains d'esprit que dans les folies-suicides, qui seules nous occupent.

Certaines législations anciennes ont voulu considérer le suicide comme un crime. Même en admettant la vérité de cette conception, on avouera que la sanction légale est illusoire dans la plupart des cas. La médecine légale ne s'intéresse donc guère qu'au mélange du suicide et de l'homicide, dont nous avons décrit plus haut les diverses formes, avec observations à l'appui.

La question de responsabilité se pose. On a rarement,

dans ces cas-là, le courage de reconnaître l'irresponsabilité.

A un point de vue scientifique, la solution ne nous paraît pas résider dans la théorie de la zone neutre (Maudsley) ou de la responsabilité partielle. Ce sont là des échappatoires judiciaires. « Le vice, le crime et la folie, dit Féré, ne sont séparés que par des préjugés sociaux; ils sont réunis par leur caractère de fatalité. Si on répugne à accepter cette parenté intime, ce n'est pas faute de preuves scientifiques, mais à cause des conséquences pratiques qui se présentent immédiatement à l'esprit. » — Sans accepter entièrement une manière de voir aussi absolue, il faut bien convenir que nous sommes incapables d'apprécier le degré de responsabilité d'un criminel. D'une façon générale, quand un homme a présenté à un moment quelconque, soit des troubles mentaux, soit des crises convulsives, soit des accès de petit mal épileptique, on ne peut pas affirmer sa responsabilité. Bien plus, l'impulsion criminelle peut être la première et la seule manifestation de la folie.

Avant de rechercher si certains criminels jouissent ou non de leur responsabilité morale, il faudrait, comme le fait remarquer Féré, prouver l'existence d'un état physiologique, objectivement caractérisé, auquel correspond un état normal de responsabilité. Or, « bien que les études physiologiques poussent à croire que la volonté n'est qu'une résultante, une réaction individuelle d'excitations multiples » (Féré), c'est-à-dire en somme une force automatique, une transformation des forces accumulées dans les centres

psycho-sensoriels, on n'en persiste pas moins, au nom de la science, à vouloir distinguer, en posant le libre arbitre comme un axiome, des individus jouissant d'une responsabilité partielle, ou privés de toute responsabilité.

Le témoignage même du criminel n'est pas toujours un argument suffisant pour affirmer sa culpabilité. On cite des criminels inconscients (folie raisonnante) qui présentent une fausse honte bizarre de cette inconscience même, et préfèrent expliquer leur crime par des motifs quelconques. En voici un cas remarquable dû à Powell :

Obs. XXXVII.
(Powell.)

Homme de 42 ans, domestique.

Grand'père excentrique, grand'oncle suicidé.

Il a toujours eu un caractère bizarre, mais ses maîtres n'ont jamais eu à se plaindre, ni de son honnêteté, ni de son travail. Il a eu une attaque de manie à 17 ans, une insolation grave à 21 ans. Marié à 23 ans avec une femme buveuse et débauchée, il a deux filles et un fils, le cadet, son préféré. Il s'est toujours montré excellent père. Il était très chagriné par la conduite de sa femme, qui quittait fréquemment le domicile conjugal. Une nuit (sa femme venait justement de partir pour une de ses fugues habituelles), on le trouve dans son lit, à côté de son petit garçon égorgé d'un terrible coup de rasoir. Lui-même saignait d'une blessure légère à la gorge. Quand on entre, il menace de se tuer et de tuer les survenants. On lui dit qu'il vient de tuer son enfant : aussitôt il se jette à ses genoux, l'embrasse, et veut se tuer. On l'emmène. Il déclare alors que les chagrins que lui causait sa femme, l'avaient poussé à tuer ses trois enfants, mais que le cœur lui avait manqué. — Or, quand on l'interroge quinze jours après, on le trouve anxieux et désolé, mais avec l'apparence d'un homme sain d'esprit. Il pleure sur la mort de son fils, déclare qu'il

croit bien l'avoir tué, puisqu'on le lui affirme, mais qu'il ne se souvient de rien depuis qu'il est rentré à la maison. — Les médecins qui l'ont examiné, considérant ses antécédents héréditaires et personnels, l'affection particulière qu'il portait à l'enfant, l'état de stupeur qu'il présentait quand on l'a arrêté, etc., ont conclu en effet à une impulsion inconsciente.

D'ailleurs, pourquoi assimiler cette responsabilité morale si contestée, à la responsabilité légale ? La société doit se préserver des criminels, qu'ils soient ou non aliénés, puisqu'ils sont aussi dangereux les uns que les autres.

Doit-on permettre, au point de vue légal, le mariage des individus dont les tares héréditaires ou le caractère déséquilibré font craindre pour les descendants, une dégénérescence progressive ? Toute réglementation législative nous paraît arbitraire, et presque impossible à appliquer. Mais le médecin devra user de toute son influence pour empêcher cette sélection dégénérative remarquable (voir obs. IV) que rend fréquente l'attraction sexuelle des aliénés et des névropathes les uns pour les autres. D'une façon générale, le mariage sera contre-indiqué, à moins qu'un traitement rationnel ne vienne préalablement à bout de toute manifestation psychopathique. Il faudra éviter tout spécialement les alliances entre familles de suicidés, et la consanguinité, qui accumule les tares héréditaires d'une même famille.

Le mariage peut-il être un moyen thérapeutique ? Il y a des cas indéniables où il a amené la guérison. Mais c'est une chance très grave à courir. Il faudra, tout au

moins, choisir une personne absolument exempte de toute tare physique ou mentale.

Cette sélection artificielle si dangereuse est heureusement suppléée dans beaucoup de cas, par une sélection régénérative naturelle, qui permet d'assister à une véritable régression de la dégénérescence. Ainsi donc, dans les cas les plus défavorables, dans les folies dégénératives, le pronostic ne doit pas encore être considéré comme absolument fatal. C'est sur cette considération consolante que nous terminerons notre étude.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

Il n'existe pas, à proprement parler, de folie-suicide. Le suicide dans la folie, est, soit la manifestation d'un délire, soit une impulsion morbide.

Le suicide, considéré généralement comme essentiellement héréditaire, nous paraît devoir surtout cette réputation à son caractère dramatique. Ce qui est vrai; c'est qu'il se présente fréquemment chez les sujets entachés d'hérédité mentale, ou, d'une façon plus générale, d'hérédité névropatique.

La folie dite des dégénérés héréditaires ne nous paraît pas établie sur des bases assez certaines pour qu'on puisse considérer le suicide impulsif comme un de ses symptômes les plus constants. D'une part, ni l'hérédité, ni les stigmates physiques ne peuvent suffire à la caractériser; d'autre part, ses symptômes psychiques laissent souvent le diagnostic en suspens avec un certain nombre de psychoses, particulièrement avec l'épilepsie larvée et les folies à double forme.

On peut admettre cependant qu'il existe des dégénérés ou plutôt des prédisposés, chez lesquels se développent volontiers les obsessions et les impulsions

irrésistibles. Les uns sont bien réellement héréditaires ; les autres, prédisposés accidentels, répondent à ce que Lasègue appelait des cérébraux, c'est-à-dire des gens « dont le cerveau a perdu sa virginité » par le fait de lésions cérébrales accidentelles datant, soit de la vie intra-utérine, soit du jeune âge. Ils présentent une réceptivité spéciale pour les toxiques, et sont toujours en imminence de délire.

Le suicide impulsif se présente très souvent dans l'hérédité : il est probable qu'il témoigne d'un état convulsif, la convulsion pouvant être aussi bien psychique que motrice. De là sa fréquence dans l'épilepsie. Il peut être, au même titre que toutes les impulsions, la manifestation de l'épilepsie larvée, mais il peut aussi coïncider avec des crises de grand mal.

Dans l'hystérie, le suicide est parfois simulé ; dans certains cas cependant, il est un symptôme de manie hystérique, et sa sincérité ne peut être contestée. Il peut se rencontrer aussi dans la chorée et les autres névroses convulsives.

On le trouve, comme conséquence du délire et des hallucinations, à la fois dans des formes vésaniques essentiellement héréditaires, comme la folie périodique, les diverses paranoïa, etc., et dans des formes généralement acquises (mélancolie simple, manie franche, folies toxiques et infectieuses). Nous devons mentionner particulièrement le délire hallucinatoire alcoolique, où le suicide, presque toujours involontaire, est simplement un acte de fuite ou de défense.

Le pronostic varie d'après la forme : relativement

bénin dans les formes aiguës, dans les folies acquises encore favorable dans l'hystérie, il est presque fatal chez les idiots, les épileptiques et dans les formes chroniques, c'est-à-dire en somme chez les vrais héréditaires.

Là, en effet, le succès du traitement est très incertain. Il faut faire surtout de la prophylaxie, se servir de l'influence de l'hygiène physique et morale, de la nutrition d'une part, de l'éducation de l'autre. Dans les folies acquises, la bénignité tient, soit à une évolution naturelle heureuse, soit à l'efficacité d'un traitement qu'on s'efforcera de baser sur l'étiologie.

Le danger du suicide au point de vue social doit entraîner des mesures d'hygiène publique qui ne sont pas de notre compétence.

La médecine légale ne s'intéresse guère qu'au suicide accompagné d'homicide. La question de responsabilité nous semble oiseuse au point de vue scientifique, et impossible à résoudre; au point de vue pratique, judiciaire, les mesures de préservation doivent être prises dans tous les cas.

VU : POUR LE DOYEN,

L'Assesseur,

LÉPINE.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

PIERRET.

Permis d'imprimer

Lyon, le 22 novembre 1895.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION,

Le Doyen de la Faculté des Sciences,

RAULIN.

BIBLIOGRAPHIE.

- BALL. — Traité des Maladies mentales.
- BALLET. — Article « Les Psychoses » du Traité de Médecine (Charcot, Bouchard, Brissaud).
- BRIERRE DE BOISMONT. — La Folie-suicide.
- COBBOLD. — Impulsions suicides chez les imbéciles. (British Medical journal, 1886.)
- DAGONET. — Aliénation mentale chez les dégénérés psychiques (Annales Médico-psychologiques, 7^e série, n° 14.)
- DÉJERINE. — L'Hérédité dans les Maladies nerveuses. (Thèse d'agrégation, 1886.)
- FALRET. — Le Suicide.
- FÉRÉ. — La Famille névropathique.
- Les Epilepsies et les Epileptiques.
 - Dégénérescence et Criminalité.
 - Comptes-rendus de la Société de Biologie (années 1894 et 1895).
- LEGRAIN. — Du Délire chez les Dégénérés. (Thèse de Paris, 1886.)
- LHOMME. — Essais sur l'Automatisme. (Thèse de Lyon, 1894.)
- LOMBROSO. — Nouvelles Recherches de Psychiatrie et d'Anthropologie criminelle.
- MAGNAN. — Leçons cliniques sur les Héréditaires. (Progrès médical, années 1886 et 1887.)
- L'Alcoolisme.
 - et LEGRAIN. — Les Dégénérés.

MAUDSLEY. — Crime et Folie.

MOREAU (P.). — Article Suicide. (Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.)

— La Folie chez les enfants.

PIERRET. — Cours de la Faculté de Lyon (années 1894 et 1895).

POWELL. — Un cas d'impulsions homicides et suicides inconscientes. (Journal of Mental Sciences, janvier 1887.)

RÉGIS. — Traité des Maladies mentales.

— Quelques cas de Folie héréditaire chez les gens âgés. (Annales Médico-psychologiques, année 1887.)

RIBOT. — L'Hérédité psychologique.

SAURY. — Annales Médico-psychologiques (année 1884).

TATY. — Les Aliénés héréditaires. (Thèse de Lyon, 1835.)

VOISIN. — Article Hérédité. (Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie Pratiques.)

